

Bölcsezdoktori disszertáció

A KÓRHÁZBAN HOSSZABB IDEIG ÁPOLT GYERMEKEK
ÉS HOZZÁTARTOZÓIK PSZICHOLÓGIAI GONDOZÁSA

Témavezető:

Dr. Veczkó József
egyetemi docens

Készítette:

L I E B H A R D T L Á S Z L Ó

Pécs, 1982.

Tartalom

BEVEZETÉS

1. A KUTATÁSI TEVÉKENYSÉG ELŐKÉSZÍTÉSE

1.1. A kutatási téma körvonalazása

1.2. A kutatási téma indokolása és célja

- a/ A szomatikus és pszichés trauma
- b/ A malignus betegség szociális vonatkozásai
- c/ A pszichológiai rehabilitáció
- d/ A pszichológiai gondozás
- e/ A pszichoterápia célja

1.3. A témával kapcsolatos tapasztalatok

- a/ Krízis-elmélet és krízis-terápia kialakulása
- b/ A malignus beteg gyermek szüleinek krízishelyzete
- c/ A gyermekre ható pszichotrauma vizsgálati lehetőségei, a Világjáték-teszt alkalmazása
/I.sz.melléklet/

1.4. A hipotézis megfogalmazása

- a/ A negatív érzelmek áttekintése
- b/ A félelemről és az aktivitásról
- c/ A terápia feltételezett hatásrendszere
- d/ A pszichoterápia rendszerelméletbe ágyazása
- e/ A beteg szerep pszichés ártalmainak elemzése
- f/ A szülői elvárásrendszer felborulása
- g/ Hipotézis a katasztrófa-élménnyel kapcsolatban /II.sz.melléklet/

2. A VIZSGÁLATOK LEFOLYTATÁSA

2.1. A vizsgálat körülményei és módszerei

- a/ A Világjáték-teszt felvételi körülményei
- b/ A Guilford-féle páros összehasonlítási eljárás
- c/ A terápia módszertani kidolgozásának folyamata

2.2. Az alkalmazott terápia eredményességének numerikus bizonyítása

2.21. Bizonyítás a sorrendi skálán jellemezhető tulajdonságokkal

2.22. Az eredményesség bizonyítása intervallum skálán mérhető magatartás-változással

- a/ A tárgyválasztás számainak és a gondozás hatékonyságának összefüggései
- b/ A fontosnak ítélt magatartásformák rangsorolása

2.3. A terápia módszertani kidolgozása

2.31. A terápia bevezető fázisa, a tényközlés ideje, módja

- a/ A pszichológus bekapcsolódása a terápiába
- b/ A Rogers-i empátia
- c/ Ampromotív kommunikáció

2.32. Kórházi terápia

- a/ A betegszerep feldolgozásainak alkalmazott módjai /III.sz.melléklet/
- b/ A kórházi élet izolációs hatásainak oldása
- c/ A kórházi pedagógia pszichológiai jelentősége /IV.sz.melléklet/

2.33. A család terápiája

- a/ A krízishelyzetben élő szülők attitűdjei
- b/ A terminális stádium /V.sz.melléklet/
- c/ Házastársi kapcsolatok
- d/ Az egészséges testvér/ek/ preventív gondozása
- e/ Munkahelyi rehabilitáció, szociális gondozás /IX-XIII.sz.melléklet/
- f/ A beteg gyermek iskolai rehabilitációja /XIV.sz.melléklet/

3. KÖVETKEZTETÉSEK

- 3.1. Kórházi hatásra kialakuló depresszió
- 3.2. Gyógyítás komplex foglalkozásterápiával
- 3.3. A krízishelyzetbe került szülő terápiája
- 3.4. A pszichológus munkájának specializálódása
- 3.5. Az esetismerttetésekből levonható tanulságok

4. ÖSSZEFOGLALÁS, JAVASLAT

5. IRODALOMJEGYZÉK

6. MELLÉKLETEK

BEVEZETÉS

Napjaink szociológiai megállapításai gyakran minősítik társadalom-szemléletünket "teljesítmény-orientátnak".

Munkámnak nem célja e kérdéskört elemezni, csak érintőlegesen vázolom fel azokat a szempontokat, melyek e társadalmi formációban az egyén produktivitását és ezen keresztül társadalmi-szociális adaptációját érintik.

Közel egy évtizedes pszichológusi munkám empirikus megfigyelései ösztönöznek a fenti kérdés figyelembevételére. Napi gyakorlatunkban szinte mindennaposan találkozunk iskolai, munkahelyi teljesítményproblémákból adódó személyiségzavarokkal, ahol az egyén körforgásszerű^{en} neurotikus tünetek kényszerpályájára kerül, mert önmagával, vagy a vele szembe támasztott követelményeknek nem tud megfelelni.

E tapasztalatok összegezésének tükrében is megállapítható, hogy az egyén produktivitása, s a vele kapcsolatos elvárások azzal egyenes arányban kerülnek előtérbe, ahogyan az egyén viszonylagos szabadsága megvalósul.

A társadalmi elvárások ennek megfelelően alakultak. Mindezt a szűkebb családi környezet közvetíti, és frusztrációk esetén a szülők ambivalenciája és kétségei felfokozottan jelentkeznek a jövőre irányulás kérdéseiben a gyermekkel kapcsolatban.

A testi csökkentértékűség minden társadalmi formációban minusztt jelentett. Az egyén önmegvalósításának jelenlegi

korszakában azonban a szomatikus korlátozottság nagyobb veszélyhelyzeteket is magával hoz, hiszen a belenyugváson és valláserkölcson alapuló karitas-akciók, az önkifejtés tulvilágra transzponált lehetősége ma már nem kielégítő mint megoldás. A társadalmi modellek nem engedik meg nyíltan a szánakozáson és felebaráti szereteten nyugvó aktivitást, ugyanakkor a társadalomban ma is meglévő rejtett vagy nyílt ambivalenciák olyan orientációs zavart jelentenek a beteg vagy csökkent fizikumu személy számára, amely pszichésen nem feldolgozható. Az egyenértékűségi elv megfogalmazása ugyanis nem azonos az egyenértékűséget biztosítani képes mikroklímával.

Az orvostudomány rohamos fejlődésével lépést kell tartania azoknak a társtudományoknak - méghozzá alkalmazott módon -, melyek a mentálhigiénét és rehabilitációt képesek szervezni és képviselni azoknak életében, akik vagy sérülten születtek vagy akiknek megmentett élete csökkent testi funkciókkal jár.

Az egyenértékűség elve, a humanizmus ideológiája mellé olyan lehetőségeket kell csatlakoztatnunk, melyek az elméleti-elvi állásfoglalásokat a mindennapi élet lépcsőfokain realizálják. Mindennek tudományos kimunkálása szükséges, személyi és eszközbeli feltételei vannak, melyek a beteg vagy sérült ember számára minden életkori szinten a valóságos önkifejezés, önkibontakoztatási módok talaját jelentik.

1. A VIZSGÁLATI TEVÉKENYSÉG ELŐKÉSZÍTÉSE

1.1 A kutatási téma körvonalazása

Disszertációmban azokról a külső és belső stresszorokról kísérek meg elméleti és módszertani elemzést nyújtani, melyeknek forrása a súlyos /malignus/ vagy tartós /krónikus/ gyermekkori betegségek.

A krónikus /hosszú ideig tartó/ és malignus /rosszindulatu/ gyermekkori megbetegedések gyógyításának esélyei ma már nem teljesen kilátástalanok. A komplex chemotherápia bevezetése folytán a betegek 80%-ánál remissió érhető el, és az ötéves túlélés megközelíti az 50 %-ot. Az időben diagnosztizált esetek 15-19 %-ában öt évnél hosszabb túlélés, illetve teljes gyógyulás is elérhető.

A Pécsi Orvostudományi Egyetem /POTE/ Gyermekklinikája Baranya, Tolna, Somogy megyét, mintegy 200.000 - 0-14 éves koru gyermeket lát el. 1974 - 1981 között 49 leukaemiás gyermek került nyilvántartásba. 1981. végén 25 élt /15 fiu, 10 lány/.

Malignus betegség miatt évente átlagosan 8 leukaemiás beteggel bővül az onkohaematológiai osztályon gondozottak száma.

Gondozás alatt a kombinált chemotherápiát - supportiv kezelést a beteg testi - lelki állapotának és fejlődésének folyamatos ellenőrzését értjük, a beteg gyermek és a szülő pszichológiai támogatásával, rehabilitációjával, valamint a gyermek adatainak tudományos célú feldolgozásával egyetemben.

A gondozást team végzi.

A therápia eredményeinek javulása mellett is a betegség lefolyása, kétes prognózisa, a hosszantartó kezelés kihatásai összetett pszichés és szociális problémákkal állítják szembe a gyermeket és családját.

Első megközelítésben elmondható, hogy a homeosztázis /:élő szervezet állandó belső viszonyai:/ megzavarásával jár minden testi betegség. Minél tartósabb az állapot, annál tartósabb pszichológiai károsító distresszt okoz a gyermeknek, és vele szoros, elválaszthatatlan érzelmi azonosulást átélő szülőnek.

Célkitűzésem: azon káros ingereknek elemzése, a prevenció és rehabilitáció lehetőségeinek felvázolása, amelyek a testi betegség által működésbe lépő emocionális distresszhatásokból következnek.

A téma aktualitása - megítélésem szerint - azért nyilvánvaló, mert:

- Az emóciókkal kapcsolatos kutatások orvosi és pszichológiai vonatkozásai viszonylag újak és a mai gyakorlatban ennél fogva a velük kapcsolatos konzekvenciák jelenleg csak nagyfoku tudatosság mellett érvényesülnek.

Ellentmondás mutatkozik a magas szintű testi gyógyítás és a beteg egész személyiségére centráló pszichoszomatikus gyógyítás között.

Ezen ellentmondás feldolgozásához kíván hozzájárulni disszertációmnak módszertani része, mely a klinikai gyakorlat tapasztalatai, valamint elméleti megfontolások alapján hozta létre a pszichológiai rehabilitáció terén a későbbiekben vázolandó eredményeket.

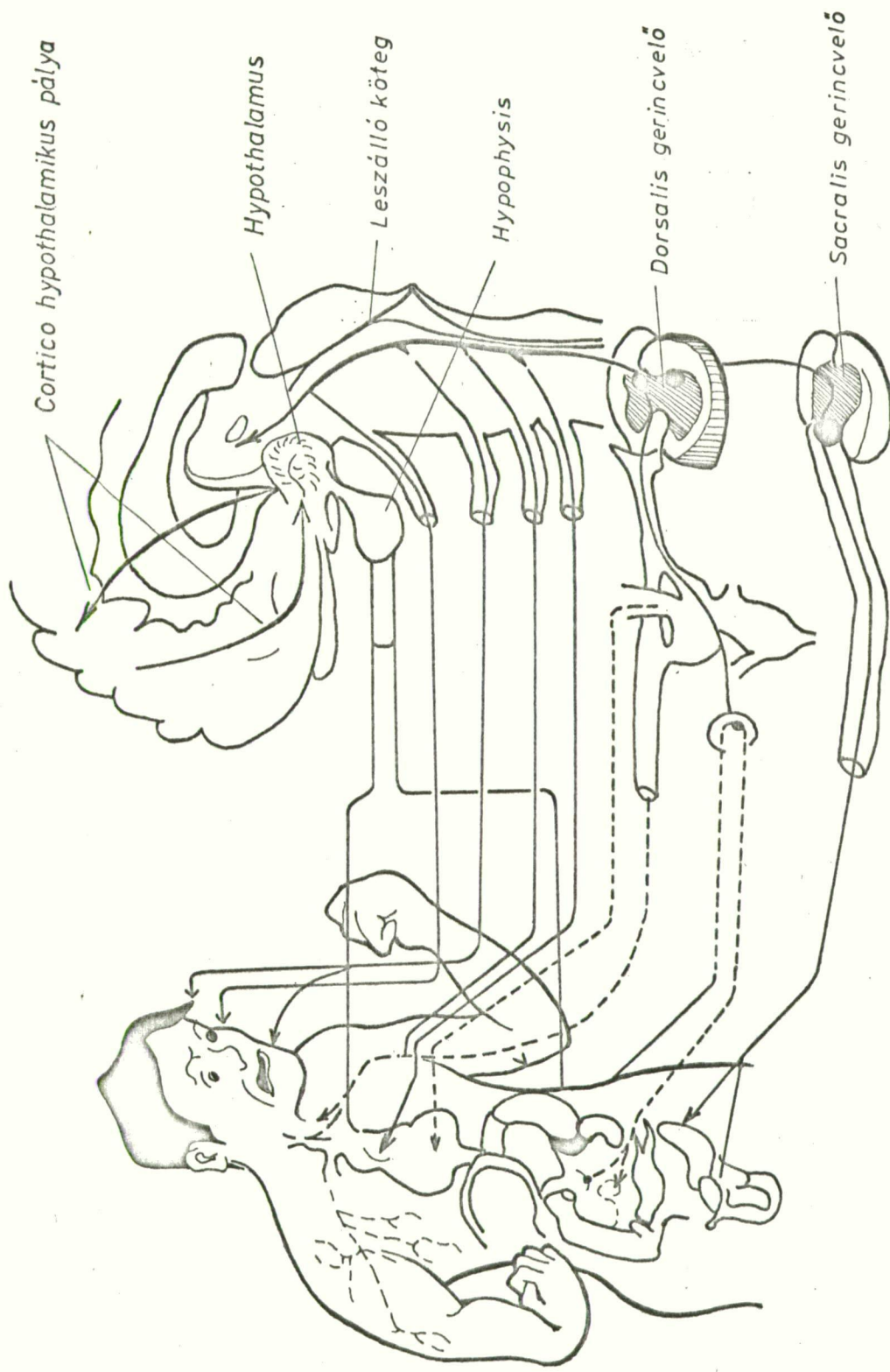
A különböző gyermekkori megbetegedések személyiségfejlődést megzavaró hatásait és a szülőkben beinduló negatív emóciók további károsító következményeit figyelembe kell vennünk ahhoz, hogy az azonnali és folyamatos kompenzáló hatásrendszert - a homeosztázis védelmében - biztosíthassuk. Ismernünk kell ehhez az emóciók neurobiológiai alapjait /Kelen, 1982./ Minden emóció - így a szorongás is - bármilyen az eredete, akár szomatikus, akár pszichoszociális, mindenképpen az adreno-szimpatikus rendszert stimulálja.

A katecholamin természete az emóció jellegétől függ, mivel a megoldást magában hordó, tehát aktivitást beindító emóció pl. menekülés, noradrenalin termelést okoz, míg a kilátástalan helyzetből fakadó szorongás aktivitás nélkül adrenalin termeléssel jár. Minden negatív emóció hasonló élettani mechanizmusokkal zajlik, melynek feloldását valamilyen aktivitás biztosítja.

/1. ábra/

Ennek megvilágítására példa: az a hokijátékos, aki éppen játszik - aktiv - noradrenalint termel akkor is, ha

Düh roham idegi és hormonális útja (Netter nyomán)



csapata vesztesre áll, aki csak nézi a meccset, várja, hogy rákerüljön a sor, adrenalint termel.

A veszélye^{zet}tség pusztá feltételezése is szorongás forrása lehet, tehát a traumatizáló stimulus képzeletben való létezése is adrenalin termeléssel jár. Ennek tartóssága magával hozza a stresszáló szituáció prolongálódását, és vele együtt a viscerális zavarokat.

Az adreno-szimpatikus reakció tulajdonképpen a szervezet védelmét szolgálja. Megadja a szervezetnek a fizikai lehetőséget a védekezésre, harcra, vagy megfutamodásra. Az alarm-állapot /vészhelyzet/ megszűnése a homeosztázis helyreállításával jár.

Emberi viszonylatokban a kóros és megoldhatatlan helyzetekből adódó negatív distressek maradandó nyomot hagynak az egész élményvilágban, a gyermeki személyiségről lévén szó, az egész személyiség fejlődésben.

Mindezek mellett a negatív emóció a frusztráció tényét manifestálva - neurobiológiai szinten - a metabolikus faktorok felszaporodásával olyan mennyiségi változást jelent, - amely minőségibe átcsapva - a fiziológias szabályozás patológiáját okozhatja.

Az ember életösztöne, gondolkodása, elhárító mechanizmusai révén igyekszik elkerülni a számára veszélyes helyzeteket. Ha az ok, a szervezet súlyos megbetegedése, a leküzdés neheztett, akkor olyan feed-back rendszer indul be, amely a

szomatikus és pszichés tényezőket gyengítve a homeosztázis felbomlásának circulus-vitiosusát okozza /Winkel 1981/.

Jelen munkámban a gyermek testi betegségéhez társított pozitív értékű stresszhelyzeteket szeretném felvázolni.

Az aktivitás, produktivitás lehetőségének megteremtése a noradrenalin -termelésen keresztül kifejtett egyenlítő hatásokat is képviseli, amely a szervezet biológiai homeosztázisához is hozzájárul. /Kelen I. 1982./

A bonyolult és magasabbrendű pszichikus tevékenység elemzése csak akkor lehetséges, ha tudatosan alkalmazzuk a szervezet működéséről nyert ismereteket. Jelen gondolatmenetünk bevezetésül szolgál a pszichoszomatikus egység koncepcióját egy speciális területen alkalmazó munka elméleti és módszertani leírásához.

1.2 A kutatási téma indoklása és célja

Disszertációmban bizonyítani kívánom, hogy az orvostudomány fejlődésével egyenes arányban növekszik a populációban azok száma, akik szomatikusan "csökkentértékűnek" számítanak, mivel a gyógyító hatások megmentették őket a haláltól, de egy élet folyamán gyógyszerrel, funkciólaesioval, stb. kell az adaptációt testi és pszichés értelemben bebizonyítani.

a/ A betegség akár felnőtttről, akár gyermekről van szó, minden esetben pszichoszomatikus traumát okoz.

Köztudott, hogy hangulatunkat, motivációs háztartásunkat, cselekvő, illetve alkotóképességünket még egy olyan banálisnak mondható, a következményeiben gyorsan elmúló dolog is megzavarja, mint a kellemetlen közérzettel járó nátha.

Ha a pszichoszomatikus egység létezését elfogadjuk, minden betegség esetén számolnunk kell a pszichés összetevőkkel.

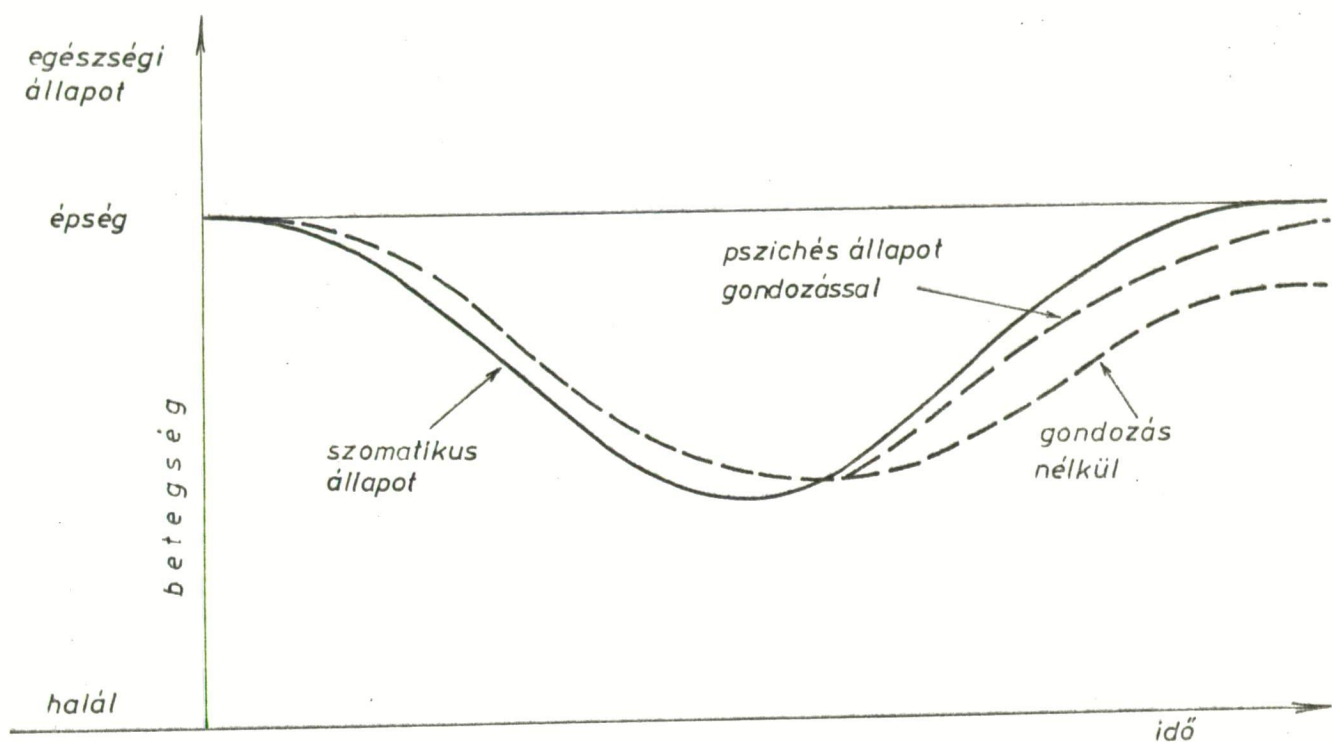
A testi gyógyítás, bármilyen magasszintű és differenciált, nem elegendő a teljes gyógyuláshoz.

A szomatikus leépülést törvényszerűen követi a pszichológiai leépülés, ha az egyén - vagy a gyermek esetében a környezet - nem tesz valamit ellene.

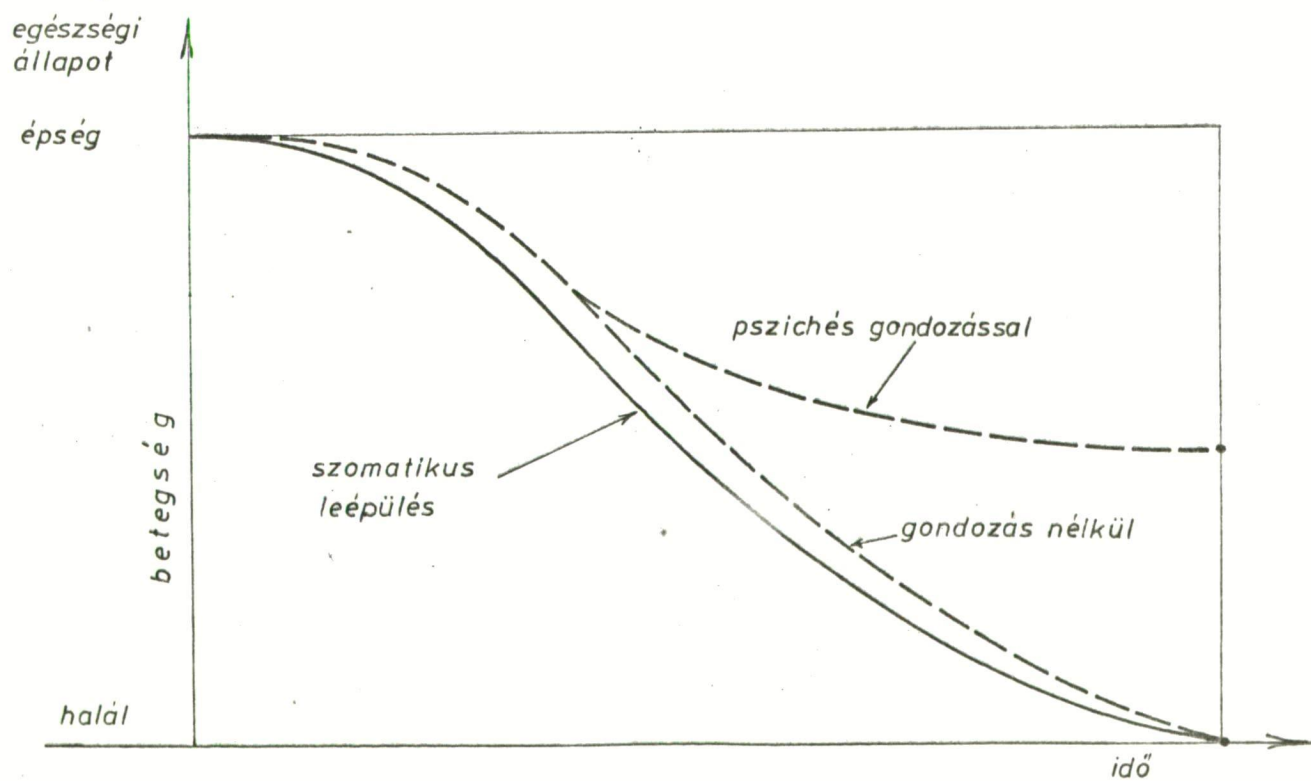
Adott esetben a pszichés változások maradandóbbak lehetnek a testieknél. /Példaképpen megemlítem a könnyebb sérüléssel járó gépkocsibalesetet. A sérülés esetleg napok alatt gyógyul, míg a gépjárművel kapcsolatos szorongás hónapokig eltarthat az élmény nyomán./

A 2-es ábra azokat az állapotokat ill. magatartás-tendenciákat két dimenzióban ábrázolva - leegyszerűsítve - szemlélteti, amelyet a szomatikus és pszichés állapotváltozások felvehetnek tudatos és tervszerű - pszichológiai gondozással, illetve anélkül.

Krónikus betegség felépüléssel



Krónikus betegség folyamatos leépüléssel



Az aktivációs nívó megtartására irányuló törekvésekkel a pszichés leépülés még abban a szélső esetben is kivédhető, amikor a test "magatartása" végül kudarcot vall, illetve a szoma megsemmisül.

Amikor a betegségek pszichés hatásairól beszélünk, azonnal fellep egy racionális tényező: az idői komponens, mely hosszantartó betegségek esetén egyúttal a pszichoszomatikus közérzet fáziskésési és gyakorisági mutatóként értékelhető.

Ha pszichés közérzetünket csak egy hőemelkedéssel járó nátha zavarja, annak hatása minden vonatkozásban napok alatt elmúlik. "Kivédjük" - elfelejtjük, s a mindennapok közegeiben úgy éljük életünket, mint azelőtt.

A kora gyermekkorban fellépő krónikus betegség a mindennapokat betegség-determinálttá teszi, a pszichoszomatikus közérzet - gyermekről lévén szó - a személyiség fejlődésének összes vonatkozásában hat.

b/ A malignus betegség olyan fenyegetettséget jelent, amelyet az emberiség a tudomány mai állása szerint egzisztenciális veszélyként, - biológiai értelemben - a megsemmisülés pánik-blokkjával fogad. /Bizunk abban, hogy a következő évtizedek orvostudománya végleg leküzdi ezt a súlyos problémát, de a növekvő gyógyulási arányszám ellenére - pszichológiai szempontból - katasztrofálisnak éli meg az ember az ilyen diagnózisokat/.

A végzetes kimenetelű betegségekben szenvedőkkel való foglalkozás szükségessége és igénye - pszichológiai szempontból is - az orvostudomány megnövekedett szerepével is fokozottabban előtérbe lépett.

Még fél évszázada is - a ma már könnyedén gyógyítható betegségek - kivédhetetlen természeti csapásként éltek az emberiség tudatában. A tudományok rohamos fejlődése, új chemotherápiás, radioterápiás eljárások kialakulása, új sebészeti eljárások, stb. következtében megváltozott az emberek betegségének - sőt halálának - felfogásmódja és körülményrendszere. Ma azok, akik a köztudat számára gyógyíthatatlanok, az életbenmaradás reményével gyakran évekig tartó betegségben szenvednek.

A krónikus betegségek - mint pl. diabetes, hypertonia, epilepszia, stb. - megfelelő orvosi ellenőrzés mellett évtizedeken keresztül egyensúlyban tarthatók, és ma már - bár sok negatív intrapszichés történés megalapozója a szomatikus állapot - nem fenyegeti az a veszély a beteget, hogy az élet vitális rendező elveit is el kell veszítenie.

A pszichológia szakemberei tudják, hogy gyermekkorban az ilyen krónikus betegségek is komoly regressziót, személyiségfejlődésbeli diszharmóniát okoznak.

Amikor gyermekek malignus betegsége kapcsán a szülők krízisállapotait kíséreljük meg elemezni, utalunk arra, hogy egy család életében krízishelyzet akkor is előfordulhat, ha nem áll fenn a végzetesség veszélye.

A végzetes kiemenetelű betegségek évekig tartó hullámsai, egyuttal évekig tartó halálfélelemmel, katasztrófaélménnyel is járnak az egyén számára. Annak ellenére, hogy az emberiség évszázadokon keresztül más-más aspektusból ugyan megkísérelte feloldani azt a feszültséget, amely a katasztrófa-összeomlás élménykörével együttjár, de ez még az 1960-as években sem volt tárgya a pszichológiának.

Elisabeth Kübler-Ross /1976/ - írja le egyik interjújában, hogy amikor elkezdte a haldoklókkal való foglalkozást, csaknem egyöntetű tapasztalata volt, hogy a kórházi egészségügyi személyzet is tabuként kezelte a megsemmisüléssel kapcsolatos témát. Napjainkban a thanatológia irodalma már része a tudománynak, de pszichológiai-pszichiátriai vetülete nem kimunkált. /Hárdi 1972./

Amikor a megsemmisülés pszichológiai értelemben vett veszélyhelyzetének összetevőit megkíséreljük tapasztalataink tükrében elemezni - malignusan beteg gyermekek szüleinek vonatkozásában, - célkitűzésünk a katasztrófaélmény tágabb elemzése is.

Az élet ténye mindenképpen magában hordja a változások, "veszélyét" - mindenki "bezárt" saját egzisztenciájába -, és mindenki determinált az idő által.

Az embereknek minden életkorban és minden változással kapcsolatban vannak a megsemmisüléssel kapcsolatos szorongásaik, de a kijelölt lehetőségek között módjuk van az élmény elfogadására is. /Hárdi 1972./

Az élet szükségszerű velejárója a fejlődés és a változás. A fejlődés természetes kibontakozását jelenti a személyiség pszichológiai fejlődésének is. Ezek automatikusan zajlanak, a személyiségfejlődés egyes állomásai mintegy öntörvényűen más-más szerveződéssel mutatkoznak meg. Ha fejlődésről beszélünk, változó szintű szerveződési rendszerre gondolunk.

Katasztrófának azt a változást nevezhetjük, amely olyan hirtelen, ugrásszerű, az elfogadottól, megszokottól annyira eltérő, hogy a magatartási és alkalmazkodási automatizmusok nem tudják folyamatosan követni. /Zeeman, 1977/.

A változás a folyamaton túlmenő, az átlagtól elütő* jelenség, amely nem általános, hanem sajátos partikuláris hatásokra jön létre /Buda, 1976/. Vannak az élettel összeegyeztethető, a homeosztázist alapjaiban nem érintő folyamatos változások.

Az ilyen természetű változások veszélyeztetettséget jelentenek az egyén számára, akár biológiai, akár pszichológiai tényezők függvényében jönnek létre.

Ha a test-pszichikum egység a gyógyászatban valóban elfogadott és nemcsak közhely, már nem szorul indoklásra, hogy a tartósan beteg gyermekek /és felnőttek/ pszichológiai értelemben vett rehabilitációra szorulnak.

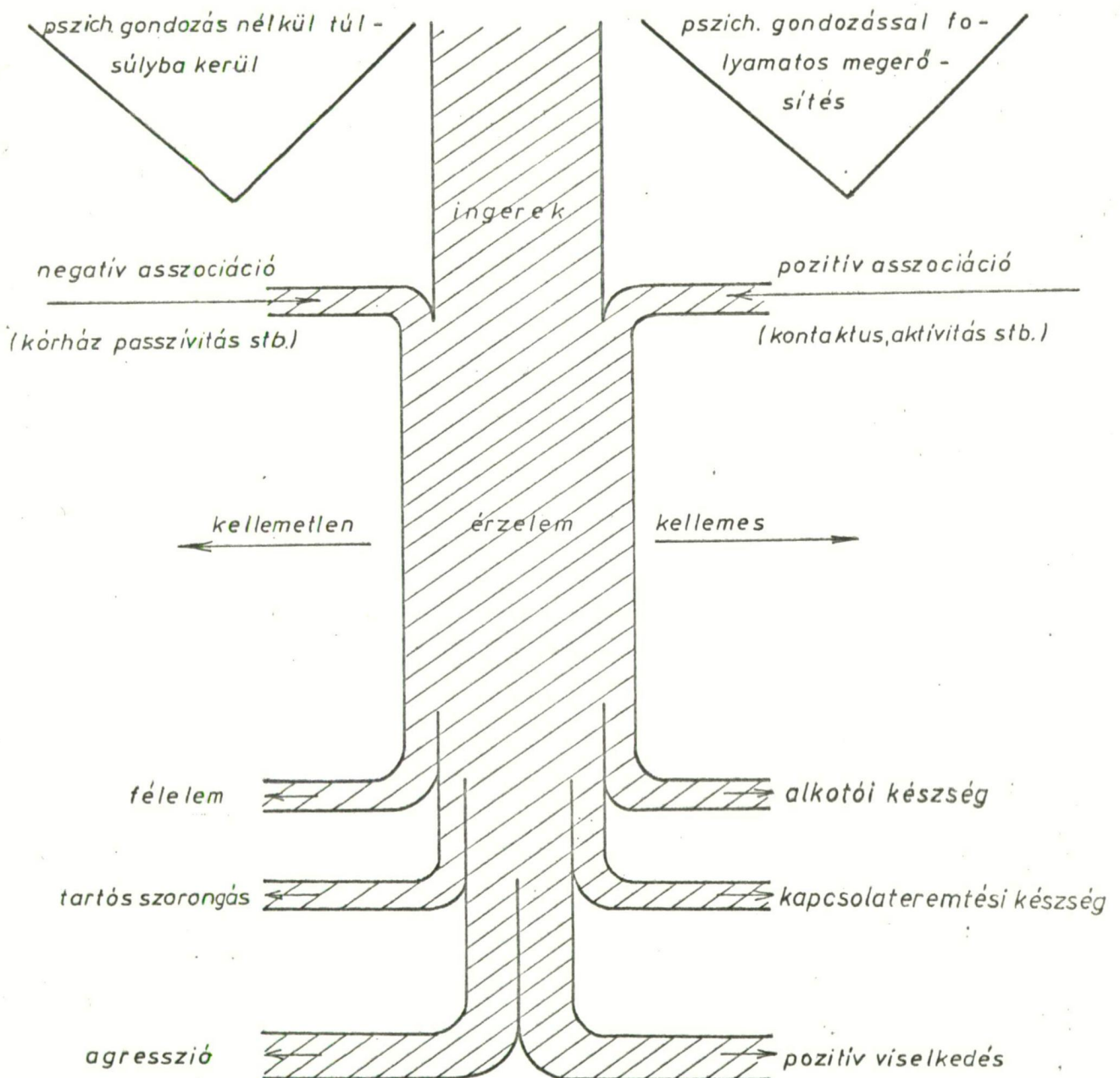
c/ Pszichológiai rehabilitáción jelen gondolatmenetünkben olyan folyamatos hatásrendszert értünk, amely - a diagnózis közlésével egyidejű és folyamatos, - magában foglalja mindazon tényezőket, amelyek az egyén pszichés-szellemi kompenzálását, adaptációját nemcsak elősegítik, hanem minőségileg magasabb szintre emelik a megszokottnál.

A magasabb szint alatt azt értjük, hogy a 3. ábrán szemléltetett folyamat során az alkotói készséget az egyén képességeihez szabottan, minőségileg is többé váló ismeret, információ, készítés formájában maximálisan törekszünk felerősíteni. Így a negatív emóciók gyengülnek, s az egyén mind több szellemi komponenssel rendelkezhet, melyek idővel interiorizálódnak.

d/ A pszichológiai gondozás kérdését a gyermek oldaláról megközelítve a következőkre kell figyelemmel lennünk:

- A gyermek nemcsak testi, hanem pszichológiai értelemben véve is fejlődésben lévő ember, akinél a további normális személyiségalakulást korlátozza a betegség. A gyermek pszichológiai gondozásának az életkori sajátosságokhoz alkalmazkodó, a további fejlődését előmozdító, a regressziós tendenciákat preventív módon kivédő, rendszeresen ható tényezőknek kell lennie.
- A gyermek biológiai-pszichológiai-társadalmi éretlenség folytán környezetének, elsősorban családjának függvénye. Az önvédelemhez a környezet segítsége

A krónikus betegségben szenvedő gyermek



szükséges.

Ebből következik, hogy a gyermek súlyos, illetve tartós betegsége esetén preventív célkitűzéssel a szülőket, hozzátartozókat is pszichológiailag gondoznunk kell.

e/ A pszichoterápia célja: úgy elfogadtatni a tényt, hogy az élet összes vitális rendezőelve a normalitás határán maradjon. /Egészséges gyermek, gyermekek megfelelő nevelése, a házastársi kapcsolat viszonylagos harmóniájának aktív és az előzőkhöz képest lehetőleg rendezettebb magatartása, az Én-identitás megőrzése, a szociális szerepek további vállalása, hivatásbeli orientáció megőrzése, stb./

1.3. A téma megfogalmazása, a témával kapcsolatos külföldi és hazai eredmények

a/ A kríziselmélet, illetve krízisterápia az 1950-es években alakult ki. A krízis mindenképpen sorsfordulót jelent, akárcsak a fejlődéssel természetesen együttjáró krízisek: pl. az Én-identitás krízise /Erikson, 1978/.

Zavarossá válik az Én, valamint a világ és az Én kapcsolata.

Caplan /1970/ szerint a krízis súlyos problémátudat, az élet vitális elveinek felborulása: olyan helyzet, melyet az egyén nem képes egyedül, saját akcióval megoldani. Elkerülhetetlen döntési alternatíva, melynek során bármely irányban dönt: fenyegetettség számára.

Velejárója a dezorganizációs regresszió és dezorganizációs agresszió, a nagyfokú érzelmi hullámlás, az életkörülményekben beálló döntő változás. Egyensúlyvesztést jelent még akkor is, ha a személyiség látszólag kompenzálja a helyzetet.

A krízis tehát súlyos veszélyeztetettséget jelent. Fontos elkülöníteni az integrációt elősegítő, a fejlődéssel természetesen együttjáró krízishelyzeteket /pubertáskor: Én-identitási krízis/, valamint a személyiség számára nem követhető, illetve adekvát módon nem megoldható, a katasztrofát magában hordó ugrásszerű negatív változások indukálta krízisektől.

A XX.század embere általában is krízisveszély közelségébe került:

- bonyolultabb szerepviszonyok között él, bonyolult információ-tömeget kell feldolgoznia, beépítenie;
- elvesztek, vagy elveszőben vannak számára az előző évszázadok szokásjog-diktálta automatizmusai, melyek megkönnyítették, illetve kiiktatták számára a döntési dilemmákat;
- a személyiség fokozottabb szabadságából következik, hogy saját belső kontrolljának igénybevétele szükséges a frusztrációk, tárgyvesztések elviseléséhez;
- azzal, hogy a "természetfölötti"-re való áttolás lehetősége csaknem minden kultúrában csökken, csökken a hitben

való megkapaszkodás lehetősége. Az egyénnek itt és most kell szembenéznie saját belső krízisével és a külső körülmények által meghatározott veszteségekkel.

A felsorolt szempontok mellett:

- az orvostudomány fejlődésének határai mellett olyan jelenség is létrejött századunkban, melyet történetileg és társadalmilag "közösségvesztésnek" nevezhetünk.

A természetes közösségek felbomlásával mai társadalmunk magasan szervezett munkamegosztásban specializálódott, az embernek csak valamilyen részképességét hasznosítja a társadalom. Izolációs élményeink így nagyobbak. Ha valamikor a társadalmi formák korlátai gyakran türhetetlenek voltak, a bennük élő emberek egzisztenciális szorongásai többnyire nem érték el azt a kritikus értéket, mely a kapcsolatok dezorientációjához, az Én elidegenedéséhez vezetett.

- Az emberek kis csoportjai - különösen urbanizált körülmények között - kevésbé elégithetik ki dependencia-igényüket /lakótelepek/. A kis csoportok jelenlegi kapcsolatrendszere a teljesítményorientált társadalmi szemléletnek megfelelően alakult. Gyakran csak külsőségek tartják össze, formális-anyagi-egzisztenciális motivációk vezetik az interakciókat. A szabadság azt is jelenti, hogy az egyén csoportok által meghatározott kontrollja szűkült. Az összetartozás, "elszámolás"- számontartás élménye nem öleli fel a belső tartalmakat.

- azoknak az egyéneknek összetartozása vált egyértelművé, akik krízishelyzetben azonos emocionális érdekelttség miatt össze vannak zárva és a megzavarodott érzelmekkel egymást "gerjesztik".
- mivel elveszőben van a tárgyvesztések feszültségeinek rituális levezetése, elvész a ma embere számára az élmény ceremoniális megoszthatósága. Magára marad a vesztességgel, és tabu számára a mások ilyen irányú bevonása. Tömegek élnek egymás mellett, de nem egymással.

A malignus betegségek eredete ma sem egészen tisztázott az orvostudományban. Nyilvánvaló, hogy az elmúlt századok emberiségét is tizedelte, de a régebbi korok számára az "Isten csapása" attitűd - ha ifju, vagy gyermek halálát okozta egy rejtélyes és gyorsan pusztító kór - a bélenyugvás és megbékélés álláspontját is elősegítette.

A mai ember számára fellazultak a gátlások és ha egyes kultúrkörökben a régebbi generációk számára még most is tabu pl. a szex - a középkori és fiatal generáció él a lehetőségekkel anélkül, hogy az érzelmi veszélyeztetettség teljes súlyát felmérné. A teljesítményorientált szemlélet egyúttal fellazította az "otthon" fogalmának hagyományos voltát is. A gyermek gyakran rejtett érzelmi elhanyagoltságban serdül ifjuvá, és megfelelő identifikáció hiányában - a pszichoszexualitás infantilis fókán kezd párkapcsolatot. A kiábrándulás és kudarcélmény megrázkódtatásai miatt különböző pótcselekvések, szélsőséges esetben alkohol és kábítószeres stimuláló hatásában keresik a megfelelő igények kielégítését. /Hárdi 1972./

Krízist okozhat tehát a szexuális problémák pszichés össze-
zavarodásából eredő impotencia-frigiditás élmény - és mert
a társadalom nem írja elő a párválasztás sémarendszerét - és
a társleválással kapcsolatos szorongás is. A teljesítmények
fokozott előtérbe helyezése az egyén produktivitásának ál-
landó mérlegre tételét jelenti.

b/ Malignus beteg gyermek szüleinek krízishelyzete

A szukcesszív életről alkotott általános elképzelés szerint
a halál, illetve a halálos betegség váratlan esemény, ha
csak az ember nem öreg.

A halálos betegség mint realitás kizárható a mindennapi élet-
terv valószínűségi szférájából: akkor, ha gyermekről van szó,
a halál különösen irreálisnak tekinthető.

A gyermek a szülő számára a legtágabb megközelítésben a sa-
ját élet végességének kiterjesztése a jövő számára: a léte-
zés ösztönös átmentése és tudatos vállalása egy másik életben.

A kiteljesedés és Én-kitágítás legtermészetesebb módja, a
saját élet újra-átélése. /József Attila A Dunánál c. ver-
sének azok a sorai, amelyek az ősöket idézik, akik a költő
"ceruzáját fogják", szemléletes művészi megfogalmazása en-
nek a ténynek./

A szocializációs folyamatban a személyiségbe tudatalanul be-
épülnek az elmúlással kapcsolatos általános nézetek is, és
az így beépült attitűdök között fontosak ezek a nézetek,
mert ^{az} életvitel: saját végességének feldolgozását döntő módon
befolyásolják.

A túlélés igénye benne van minden emberi teljesítményben, és az utódok személyiségébe való "átmentés", a "továbblétezés" legtermészetesebb módja.

A szülő számára a gyermek végzetes betegsége a leg-súlyosabb krízisállapot, amely a közelgő katasztrófát megelőzi. Tudjuk, hogy minden krízis elkerülhetetlen döntési alternatívát jelent, és bármely irányban dönt az egyén: fenyegető számára. A gyermek rosszindulatu betegsége azt jelenti a szülőnek, hogy le kell mondania róla. E tényt tudomásul venni - első lépésben - lehetetlen. Maga a diagnózis "anticipált tárgyvesztést" jelent a legsúlyosabb veszteség formájában. A lemondás, mint döntés, összeegyeztethetetlen mindazzal, amely eddig az élet realitásait jelentette.

A gyermek gyógyulásában reménykedni - az orvos bizonyos mértékű biztatása mellett is - ellene mond a mindennapok tapasztalatainak, a köztudatnak.

A döntésnek - a lemondásnak, vagy reménynek - ezt a veszélyhelyzetet, sőt a veszélyt követő katasztrófát magában hordó dilemmának súlyos következménye minden esetben súlyos problématudatot, a végzetesség élményét váltja ki a személyiségből.

Az eddig bevált problémamegoldó manőverek itt nem segítenek. Mivel minden krízisnek velejárója a "kapkodva válogatás" - amely többletzavarokat visz a helyzetbe - így a dezorganizáció összes lehetősége veszélyt jelent. Az anya-gyermek kapcsolat

pszichológiai jelentőségének ismeretében köztudott, hogy elsősorban az anyák számára jelent megoldhatatlan konfliktus-helyzetet, krízis illetve a katasztrófa-élményt a gyermek ilyen jellegű betegsége.

Mivel a spontán rendeződési dinamika minden veszélyhelyzetben mint homeosztatisztikus törekvés jelentkezik az egyén részéről /Szilárd 1977. Jakobson 1965./: nem képes elviselni egyedül a felborult egyensúly terhét, és kríziséát átviszi azokba az interperszonális kapcsolatokba, melyek számára szignifikánsak.

Elsősorban a szintén kritikus helyzetben lévő beteg gyermek felé jelentkezik a szülő összezavarodásának minden reakciója. A beteg gyermek és az anya kapcsolata ebben a szituációban minden egyéb kapcsolatot elhalványít, olyan mértékben involválódik, hogy a gyermek és az anya számára kóros beszűkülést, regressziót rejt magában. Az anya /szülő/ képtelen saját magatartását, gesztusait olyan mértékig uralni, hogy ne induljon meg a halálfélelem rejtett circulus vitiosus-a.

A kommunikációk során a gyermek és anya pszichés egyensúlyának felborulása következtében egyik negatív tényező a másikat gerjeszti. Tipikus szülői magatartás ilyen esetben a túlkényeztetésnek egy olyan foka, amely a gyermek számára - a szomatikus egyensúly elvesztése mellett - esetleg éppen olyan ugrásszerű változás, amely önmagában teljes orientációs zavart s az ezzel együttjáró félelmeket gerjeszti.

A szülői elvárások hirtelen megszűnése önmagában is elegendő, hogy a beteg gyermek - az interakciók során saját lehetőségeit próbálgatva - "kiolvassa" sorsát az anya viselkedéséből. /1. 5. ábrát/.

A krízisállapot felborithatja az egészséges testvérrel - testvérekkel - kapcsolatos viszonyulásokat is. A beteg gyermekkel kapcsolatban elmulasztott gesztusok - amikor még az egészséges volt - miatti büntudat a másik gyermek tudatos, vagy tudattalan, rejtett elhanyagolásához vezethet.

Az egészséges gyermek természetes igényeire adott inadekvát, - az eddigitől eltérő - esetleg agresszív reakciók, kritikus helyzetbe sodorhatják /neurotizálhatják/ azt az utódot is, akivel kapcsolatban a távolabbi perspektívák megmaradnak.

A házastársi kapcsolatok egyensulya is veszélybe kerülhet. A megszokott magatartási automatizmusok, kommunikációs megfelelések felborulnak, új értékrendek alakulnak ki, amelyekben az anya rendszerint elvárja férjétől, hogy ő is kizárólag csak a beteg gyermekre centráljon. A férfi és női pszichoszexualitás különbözősége miatti rejtett feszültségek hangsúlyozottan előtérbe lépnek és a krízis okozta többletzavarokkal tovább terelve elindítják a konfliktusok új formáit.

Az apa számára természetes feszültségredukciós eljárások, illetve önrendezési törekvések lehetnek személyiség-, ill. kulturális nívó függvényében:

- munkahelyi túlvállalások, egzisztenciális szerepek túlhangsúlyozása /karrier/
- baráti, szórakozást elősegítő kiscsoportokba menekülés
- fokozottabb szexuális igények, szélső esetben:
- alkohol, vagy
más partnerkapcsolatba való menekülés.

Az anyák a férj fenti attitűdváltásait hűtlenségnek, a problémától való elfordulásnak élik meg. Ebben az élethelyzetben önmaga számára igényelné a fokozottabb odafordulást és általában nem képes előlegezni, illetve saját akciókkal megakasztani az apa problémamegoldó manővereit.

A házassági konfliktusok beiktatódása - a krízis többlet-zavart indukáló jellegének megfelelően - magával hozhatja az értékes kapcsolatok eldobásának tendenciáját is.

A gyermek betegsége felszínre dob a házastársak között olyan tartalmakat is, melyek a kapcsolat további létét kétségessé teszik.

Adott esetben a kórházi környezettel való összeütközések is terhelik a kommunikációt. Nem utolsó sorban: a saját identitás, saját szerepek, szerepelvárások is veszélyeztetetté válnak. A krízisre történő beszűkülés következménye lehet: az anticipált tárgyvesztés átvitele az élet többi területére.

Az eddig elemzett - legáltalánosabb - problémák átgondolása után nyilvánvaló, hogy akkor amikor szervezett pszichoterápiát igyekszünk nyújtani a végzetes, illetve a személyiségfejlődést súlyosan károsító krónikus beteg gyermekek számára, ugyanezt biztosítanunk kell a családoknak is.

Amint azt már elemeztem: a fejlődés természetes folytonosságával szemben az ugrásszerű - és az élet vitális elveivel össze nem egyező - változás katasztrófaélményként hat az ember számára. A gyermek malignus, - vagy létét kritikusan veszélyeztető krónikus - betegsége ilyen nem várt, nem követhető esemény a szülőnek. Az emberi cselekvések olyan motivációs együttes hátterén jön létre, amelyben a személy egész történetével együtt jelenik meg. A mult teljes szövedéke és az adott helyzet adja a viselkedési indítékok rendszerét.

A pszichológiai gondozás, pszichoterápia, kórházi foglalkoztatás egyik fő célja: a súlyos szomatikus betegség ellenére társítani a szituációhoz azokat a pozitív, alkotást, aktivitást lehetővé tevő ingereket, amelyek a fejlődésben lévő személyiség motivációit ébrentartják és gyengítik a testi leépülés pszichés leépülést induláló hatásait /1.18. folyamatábrát/.

A lelki élet dinamikáját /fejlődését/ a szükségleti feszültségek célja, intenzitása, megjelenési formája adja.

A viselkedés motivációs háttere:

- a drive-ok sok szintű, az emberi pszichikumot cselekvésre készítő ingerbázis.
- Homeosztatikus szint: nagy energiakifejtés esetén felborul a szervezet kémiai egyensúlya.
- Öröklött - tanult szint: szükségletek /elsődleges drivek: éhség, szomjúság, alvás igény, az agresszió elkerülése/ és vágyak: mint feszültségek jelentkeznek.

Adott a feszültség + céltárgy: De a társadalmiasodás folytán ezek egyre messzebb kerülnek egymástól, ki-elégítésük korán gátlás alá kerül.

/Ha a betegség éveit alatt nem alakulnak ki másodlagos, szociális értékű drive-ok, vágyak, célok: alkotás, tanulás, interperszonális kapcsolatok, stb. - nem lévén, aki erre ösztönözzé a gyermeket és szülőt, törvényszerűen beszűkül a motivációs háztartás./

BERLYNE /1960/ szenzoros deprivációs kísérleteiben kimutatta, hogy már az állati létezés szintjén is döntő az ingerdús, állat-társakat magában foglaló környezet. Legnagyobb megerősítő hatása és így generalizációs gradiense az állat-társak ingeregységének van.

A tartósan és súlyosan beteg gyermekek sokat nélkülözik a megfelelő ingerdús, sok személyi és tárgyi ingert tartalmazó hatásrendszert. Megfelelő felvilágosítás nélkül még otthon tartózkodás esetén is túlféltik. Így nyilvánvaló, hogy

izolálódik és később - fejlődésben lévén - nem képes át-
tenni anticipált válaszait másokra, illetve az alko-
tásra.

A motivációk állandóan megüszülésökbe ütköznek. A frusztráció kellő mértékben adagolva pozitív, mert:

- adaptációs erőfeszítésekre készíet
- változatos adaptációs technikára ösztönöz.

Az a képesség, amely alkalmassá tesz a frusztrációk elvi-
selésére a pszichológiai alkalmazkodás felborulása nélkül

- az egyén frusztrációs toleranciája /Rosenzweig 1944./

Ha ezt a határt a frusztrációk meghaladják, belép

- regressziós, illetve
- agressziós, vagy
- autoagressziós tendencia. /Depresszió/

A betegség olyan frusztrációk sorozata, amelyet csak úgy
lehet enyhíteni, hogy más - pszichés értelemben vett -
sikereket mesterségesen lehetővé teszünk. ,

Regresszió = visszaesés a fejlődésben egyszer már túlhala-
dott, alacsonyabb alkalmazkodási szintre. Ez a visszaesés
feszültségcsökkentő, mert az alacsonyabb alkalmazkodási szint
kisebb erőfeszítést kíván meg, valamint lehetővé teszi olyan
vágyak részleges vagy teljes realizálását, amelyek a már el-
ért fejlődési fokkal ellentétben állnak.

A súlyos frusztrációs konfliktusok által eredményezett trau-
matikus hatás infantilis viselkedési módokba sodorja
a személyiséget.

Fő területei:

- tárgykapcsolatok
- érdeklődés
- valóságpercepció és adekvát tájékozódás
- teljesítőképesség

terén való vissza-
esés.

/Kielholz, 1968./

Amikor a súlyosan beteg gyermekeket és anyjukat /családjukat/ óvjuk a betegségre való beszűküléstől, és megakadályozzuk a gyermek-anyja kapcsolat regresszióját - óvodai, iskolai élethez hasonló követelményeket állítunk fel, oldjuk a beteg-szerepet - a regressziós jegyek fixálódását igyekszünk kivédeni.

Depresszív tendenciák pathogenezisében szem előtt tartandó, hogy a regressziót:

- nem teljesült vágyak
- elrejtett ösztönigények
- védettség-érzés hiánya
- félelmek veszélyhelyzetektől

előzik meg.

c/ A Világjáték-technikát, mint játékdiagnosztikai és terápiás módszert M.Löwenfeld 28 éves klinikai tapasztalata alapján alakította ki. Charlotte Bühler /1941/ és munkatársai a gyermekek számára standardizálták, majd a különböző országok részére elvégezték a hitelesítési munkát. Höhn és Hetzel szerint a Világjáték-technika megfelel a Rorschach tesztnek, célja a személyiség dinamikus megragadása.

/Polcz, 1966, 1974/

Előnyei: kreativitást és játékélményt kelt, manualitásra ad módot, projekciós szimbolikája révén betekintést ad a személyiség mélyebb rétegeibe.

A kirakott tárgyakat numerikus, tartalmi, formai, általános és szimbólikus szempontok szerint értékelhetjük.

A Világjáték-teszt felvétele során a vizsgálatvezető a gyermek építményét a tereptálcán történő kirakás sorrendjében lerajzolja.

Külön jegyzőkönyv készül a felszólító kérdésre adott válaszokból, melyek a gyermek esemény-szövését illetve projekcióit tartalmazzák. /I. melléklet/.

A mellékelte Világjáték-térkép 13 éves kislány építménye, aki 7 éve leukaemiás, jelenleg is jól van /I. melléklet/.

/4 ábra/

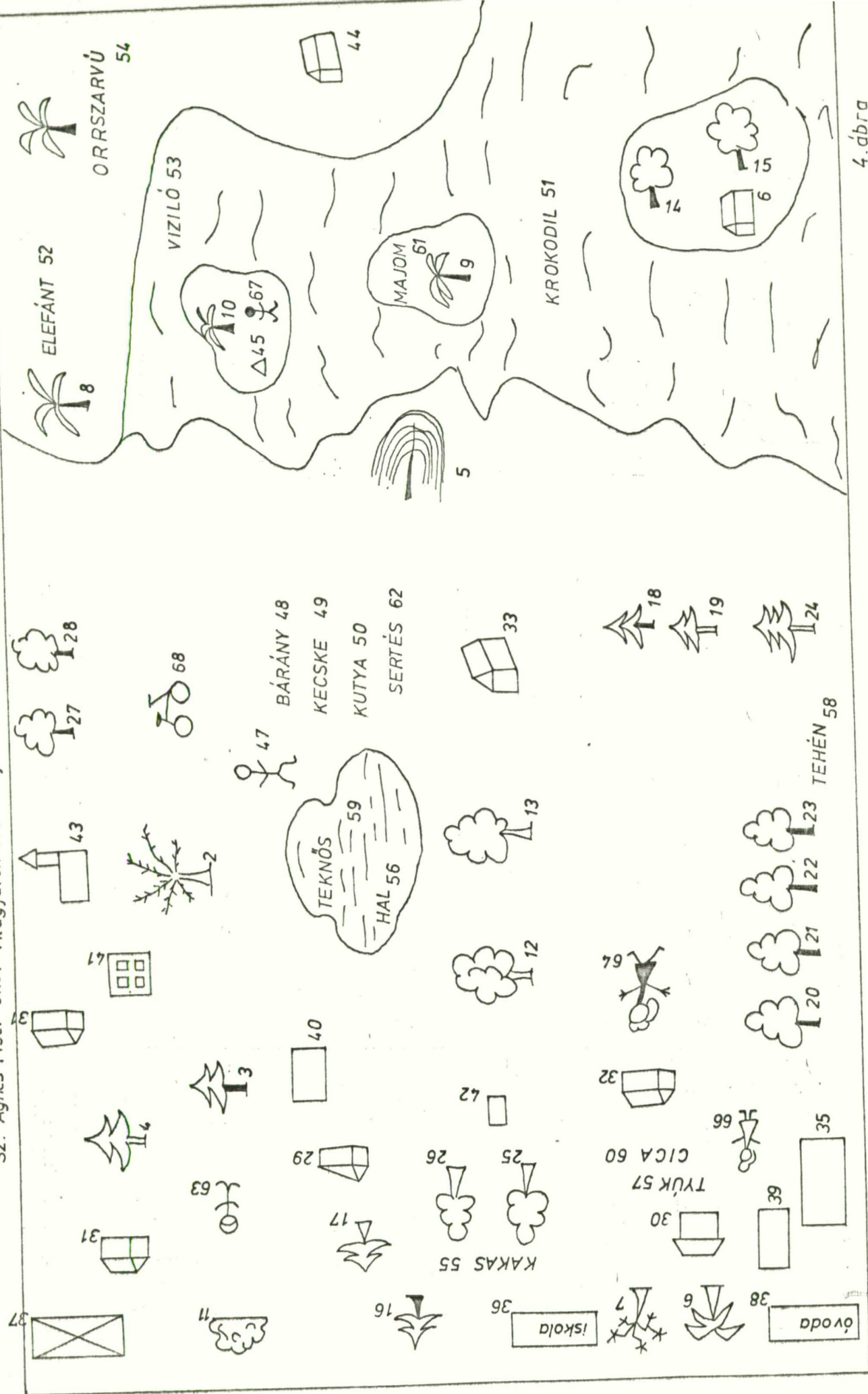
A baloldali rész a gyermek reális életszinterét ábrázolja, a jobb oldal egzotikus szigetvilágot szimbolizál.

Az építmény szimbólumokban és kategóriákban észlelt gazdagsága megfelel az átlagos pubertáskorú gyermekek építményeinek.

A Világjáték-teszt projekciós eljárás, amely azt jelenti, hogy az egyén önmagát vetíti ki építményébe. /Projekció: akkor jön létre, ha nincs elegendő információnk valamiről, és saját késztetéseink, motivációink mobilizálódnak./

A vizsgálat-vezető instrukciója az, hogy építsen fel olyan világot a gyermek, amelyet akar, amelyet szeretne.

Sz. Ágnes (13év 6hó) Világjáték-teszt rajza



Az építés utáni felszólító kérdések adnak módot a belső tartalmak értékelésére.

Ezek közül egyik legfontosabb: "ki vagy te itt, ebben a világban". E kérdés az Én azonosítására, pozitív, vagy negatív Én-képre ad választ.

Az Én a legintimebb helyzetérzékelő.

Természetesen a struktúra, a téri szimbolika, a kirakott tárgyak egymással való tartalmi összefüggései, a meseszöveg áramlása éppugy diagnosztikus támpont, mint a tárgyak száma. A tárgyszám csak egy numerikusan megragadható összefüggés, amely azonban a világ gazdagsága megélését hordozza.

Természetesnek tűnik, hogy a kisgyermek viszonylag kevesebbet ismer a világ tárgyaiból, illetve - ha vaktában, a játékelmény hatására - kirakja, nem adekvát összefüggésben teszi azt.

Életkorral együtt bővül a világ tárgyainak és személyi viszonylatainak ismerete. Amikor a targyszámot választottam ki - mint matematikailag megragadható összefüggést - nem mechanikusan tettem, - hanem a beteg gyermek személyisége adekvát voltának vonatkozásában. /1. ll.bárán/.

Magától értetődőnek tartjuk, hogy egy 5 éves gyermek kirak egy játszóteret jelképező körhintát, vagy libikókát, a házat ahol él, anyját, apját, - és ha történetesen tartósan kórházban volt - egy kórházat jelképező épületet.

Itt nyilvánvalóan kevés a tárgyszám, de a gyermek kora, valamint a tartalom, melyet projíciál, megmagyarázza ezt az építményt. Ezzel szemben ha egy 13 éves jó intellektusu gyermek egy homokdombon törpét, a tengeren két hajót és a kórházat rak ki, - s önmagát a törpével azonosítja -, ezt az építményt nemcsak tárgyszámát tekintve, hanem strukturáját és tartalmát tekintve is - inadekvátnak ítéljük meg.

1.4. A meglevő ismeretek rendszerezése, értelmezése, a hipotézis megfogalmazása

a/ Mielőtt a pszichológiai gondozás összetevőit, módjait, egymással való összefüggéseit elemezzük, célszerű a negatív érzelmek, elsősorban a félelem keletkezési mechanizmusát áttekintenünk.

Az ember és minden magasabban szervezett organizmus öröklött szabályozója, hogy a szervezetben egy optimális izgalmi szint fenntartására törekszik.

Az életbenmaradáshoz, a megfelelő szervek és szervrendszerek funkcionáltatásához szükség van erre. /Azok a kísérletek amelyekben önként vállalkozó, fizetett kísérleti személyeket izolációs kamrában helyeztek el, bizonyítják, hogy a szinte valamennyi fontos inger percipiálásban akadályozott személyek egy idő után víziókról, hallucinációkról, Én-idegenségről panaszkodtak /Ranchburg, 1973./

A pszichológia tudománya feltárta és elemezte már azokat a törvényszerűségeket, amelyek az érzelmek keletkezését és fejlődését megmagyarázzák. Tudjuk, hogy az újszülött pszichikumában akkor jelennek meg az első pozitív, illetve negatív töltésű érzelmek, amikor az ingerek kapcsolatba kerülnek egy pozitív, illetve negatív asszociációval. Az asszociáció pedig - az ismétlődések folytán - tanult tapasztalati tényezővé válik, amely az adott ingerhez társulva előhívja az érzelmeket. Eszerint az érzelem egy veleszületett és egy tanult faktor elválaszthatatlan interakciója.

Itt kell bevezetnünk a frusztráció fogalmát. A megghiúsulás nem más, mint az elkerülés, kudarc érzelmi vetülete. /Ranschburg, 1972./ Mivel az érzelmek olyan motívumok, amelyek az organizmust közeledésre, vagy távolodásra készítetik. Kimondjuk: a félelem azért negatív emóció, mert a frusztráció lehetőségét tartalmazza. Ha a félelem mellett az azt ellensúlyozó egyéb /pl. harag/ érzelem valamilyen módja és valószínűsége lehetővé válik, a félelem átcsap-hat pozitív izgalomba. /1. ábra/.

Ha a testi betegséggel kapcsolatban elemezzük a félelem érzését, különböző életkorú gyermekek vonatkozásában, megállapíthatjuk, hogy

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| - a konkrét félelem /fájdalomtól/ | } | minden formája jelen van életében. |
| - az ismeretlentől való félelem | | |
| - a szeparációs félelem | | |
| - a szimbólikus félelem /halálfélelem/ | | |

Az elkerülő reakciók általában lehetetlenek. Ha tehát célul tűzzük ki a félelem oldását, a sorozatos frusztrációk okozta negatív és a fejlődést zavaró élmények hatásának kiküszöbölését, biztosítanunk kell a súlyosan beteg gyermek számára az aktuális személyiséghez közel álló motivációt, aktivitást, tanulást, alkotást. Ezek az asszociációk nem közömbösítik a betegség okozta képtelenségi érzéseket, a testi fájdalmakat, frusztrációkat, de gyengítik azok hatását. Ha a félelem kialakulását a károsító ingerrel egyidőben történő pozitív asszociációk sorozatával megakadályozzuk, a kudarchoz vezető viselkedés csökken.

A betegség okozta szituációkban mindenfajta foglalkozás, tanulás oldja a félelmeket, emelni képes az aktivációs nívót, s fenntartja a személyiségfejlődés motivációit.

A pozitív asszociációk felfogásunkban tevékenységet, alkotást, játékot, oktatást, az elveszített szerepek fenntartására irányuló törekvéseket jelentenek.

Az orvosi gyógyító tevékenységben minden más tevékenységnél fokozottabban jelentkezik a célra, eredményre való orientálódás. Míg az orvos a beteg érdekében maximális aktivitást fejt ki, a beteg ennek az aktivitásnak alanyává válik.

b/ Az emberi létezés alapja a mozgás, aktivitás, amely egyre bonyolultabb módon és tartalommal, minőségi, a fejlődéssel járó pozitív változásokat hoz létre. A betegség negatív változás, mely a félelem érzelmének dominanciája mellett, elsősorban az aktivitás korlátozását hozza magával. Ezeket a fájdalmat, a szomatikus élmények circulus

vitiosus^uszerűen ébren tartják, s az ismétlődés révén beépülnek a pszichikumba. A felnőtt, érett személyiség, adott esetben önkompensatorikus manőverekkel, a betegség okozta negativumok jó részét kivédheti. Képes lehetőségeinek tudatos átgondolására, a belátás révén vállalja a ráháruló passzív szerepet. A gyógyulást, vagy ennek hiányában a megmaradt lehetőségeket anticipálni képes, szorongását verbalizálja, a betegtársakban új kapcsolatokat talál, stb.

A gyermek teljesen kiszolgáltatott ebben a szituációban. A kórházi tartózkodás szükségességét szülei látják be helyette, az orvosi tevékenység eredményét nem tudja elővételezni, nem találja meg a feszültségcsökkentő eljárások helyes módját, nem tud önállóan intellektuálisan kompenzálni.

A gyermek számára a normál élethez hasonló aktivitás biztosítása kórházi körülmények között is:

- enyhíti a kiszolgáltatottságot,
- oldja a kialakuló félelmeket,
- a kiesett információkat közvetíti,
- az önértékesítés és fejlődés motivációit ébrentartja.

c/ Hipotézisünk szerint: foglalkozásterápiának, kórházi pedagógiának-oktatásnak, a külvilágot szimbolikusan behozni képes kreatív-művészeti terápiának tekinthetjük első megközelítésben azt az asszociációrendszert, amely:

- kórtermi körülmények között folyamatosan
- szervezettségében a gyermek életkorához és aktuális szomatikus és pszichés állapotához adaptáltan
- a károsító ingereket gyengítve
- a személyiségfejlődés egyenre szabott programját képviselve
- megtervezetten és következetesen jelen van a szituációban, és a személyiségen belül egyre erősödő mobilizáló hatást kifejtve gyengíti a negatív szomatikus élmények pszichét károsító hatásait.

Felfogásunkban a pszichoterápia olyan folyamatos hatásrendszer, amely a szülők számára a hiteles és kölcsönös empátia közegében a gyermek betegsége alatt, sőt azután is /utógon-
dozás/ - állandóan jelen van a kommunikációkban.

Mint tudjuk: az empátia olyan kommunikáció, amelyre a kommunikációelmélet összes szabálya érvényes. A jelzésváltáshoz, dekódoláshoz szükséges a közös kód, valamint a jelzés, közlemény megértése a közös kód alapján. Kommunikáció történik akkor is, ha a potenciális befogadó jelenlétében annak bármilyen hatására jelzések indulnak ki a kommunikátorból, és azokat a jelzéseket a befogadó dekódolja. Nem feltétele a kommunikáció tudatossága sem. /Buda B.1978./

Annak a sajátos terápiás rendszernek elemzéséhez, amelynek leírása jelen munkámban az egyik legfontosabb célkitűzés, szükséges az empátia pszichológiai lényegének körvonalazása.

/: A beleérzés fogalmát a századfordulón Lipps vezette be. ALLPORT 1980. :/

Általános meghatározás: Az empátia a személyiségnek olyan képessége, amelynek segítségével a másik emberrel való közvetlen kommunikáció során:

- képes beleélni magát a másik lelkiállapotába
- a beleélés nyomán meg tud érteni és érezni olyan emóciókat, indítékokat, amelyeket az szavakban nem fejez ki és amelyek
- a társas érintkezés szituációjából nem következnek közvetlenül,
- a megértés és megérzés fő eszköze az, hogy az empátia révén a személyiségben felidéződnek a másik érzelmei és feszültségei /A másikba vetíti önmagát/,
- empátiává a beleélés akkor lesz, ha az élményt tudatosan feldolgozzuk és a másiktól megértett tartalmakat elemezzük, értékeljük.

Feltétele: a társas helyzet, illetve kommunikáció, valamint a személyiség akaratlagos odafordulása, figyelme.

Szintjei:

- a másik helyzetének átgondolása az Én kontrollja mellett
- a másik ember érzelmi-viszonyulási sémáinak megértése,
- a másik ember promotív kommunikációjának helyes értelmezése,

- a lelki folyamatok egyedi összefüggéseinek megértése,
- a másik ember lelki folyamataiban rejlő történetiség megértése /személyiségfejlődésének útja/ /Buda, 1978./

Az empátia jelenségének személyiséglélektani magyarázó elvei szerint:

- az empátia komplex jelenségcsoport, mely magában foglalja a kifejező mozgások kopirozását, s ezzel a megfelelő emocionális állapotok átvételét. Elsőrendű funkciója: információtartalmak közvetítése.

Azutánzás tendenciájának elsőrendű általános faciliátora, valamint a szociális megerősítés elsőrendű mediátora.

/Kulcsár, 1977./

Alapja minden identifikációnak - melyek során valamely interperszonális kapcsolat egyik tagja utánzás és empátia alapján partnere /modellje/ magatartásformáival és érzelmi attitűdjeivel azonos magatartásformákat és attitűdöket sajátít el, melyek azután viselkedésrepertoárját és értékrendszerét meghatározó módon fogják jellemezni.

Felfogásunkban: krónikus betegségeken szenvedő gyermekeket ápoló kórházi-klinikai osztályokon a pszichoterápia ebben a közegben realizálódhat.

A pszichoterápia szó igen tág kategória /minden olyan beavatkozás, mely a gyermek élethelyzetét rendezni, személyiségzavarát gyógyítani kívánja./

A szűk értelemben vett pszichoterápia fogalmán olyan céltudatos, módszeres tevékenységet értünk, melynek célja a

személyiségzavar okainak megszüntetése, a személyiség átstruktúálása /Gegesi Kiss 1973./

A pszichológus a gyermek számára az a személy, aki az egyéni bánásmód elvét alkalmazva szakszerűen követi pszichés történéseit, célzottan szervezi a foglalkozásterápia számára előnyös hatásait, folyamatos pszichodiagnosztikai munkával megtervezi a pszichoterápia lépéseit, a frusztrált kötődési igényeket kielégítve viselkedési mintát nyújt, az elvesztett szociális szerepek helyett új szerepeket szervez. A közeg, melyben mindezt realizálja, a kórházi létet a valóságos élethez hasonlóvá tevő foglalkozásterápia közege. Ugy véljük, hogy az egymástól elszigetelt hatások nem képviselhetnek olyan közeget, amelyek a létet a valóság cselekvéses bázisához hasonlóvá teszik.

A fent elmondottakból következik, hogy a hosszantartó betegségekben szenvedő gyermekek pszichológiai rehabilitációja hosszú gondozási munka folyamatában realizálódik. A gondozást lépésről-lépésre meg kell tervezni, s az állandó visszacsatolást biztosítani kell.

A gondozás folyamatának megtervezése a pszichológiai munkát ellátó team részéről is megkívánja az oda-vissza csatolás közegét. Mindez optimális esetben része a szomatikus gyógyításnak, tehát kapcsolatban van a testi gyógyítást végző orvosok munkájával.

d/ Ahhoz, hogy magától értetődővé váljék a célkitűzés fontossága - az egészségügyi intézményekben is fokozottabban érvényesülnie kell a rendszerszemléletű foglalkozásmódnak, mely a pszichoterápiát éppen olyan fontosnak tartja, mint ma a gyógyszert.

A tudományok differenciálódása magával hozta azt a veszélyt is, hogy a tulzott specializálódás a szintézisalkotás minőségileg magasabb fokát bizonyos mértékig akadályozza.

Feltehetően emiatt nem érvényesül még az egészségügy napi gyakorlatában az egész személyiségre centráló, rendszerszemléletre törekvő attitűd.

Mielőtt rehabilitációs munkánk rendszerszemléletű törekvéseit tovább elemezném, néhány rendszerszemléleti alapelvet megemlítek.

"A rendszer egymással kölcsönhatásban lévő elemek komplexuma" /Bertalanffy/. A rendszer komponensei között a kapcsolat olyan lényeges, hogy egyikük megváltozása maga után vonja a többi, gyakran az egész rendszer megváltozását. A rendszerben gyakran korábban nem létező új komponensek is képződnek. Ezért a komponensek természetében, kölcsönhatásuk jellegében - a strukturában - bekövetkező változások maguk után vonják maguk a komponensek, valamint az egész rendszer funkcióinak megfelelő változásait /Buda, 1979./

A rendszerszemléleti aspektus érvényesítésében jelentős, hogy a rendszerszerűség azon tényezőit, mechanizmusait vizsgáljuk, amelyek biztosítják a rendszerek minőségi specifi-

kumának fennmaradását, s a rendszerek funkcionálása mellett azok fejlődését is.

Ma már elismerik, hogy ez az elmélet nemcsak az empirikus tudományok alapja, hanem alapja az emberi viselkedés számos vetületének is.

A betegekkel kapcsolatos rehabilitációs törekvések nem újak. Számos gyógyintézmény teszi lehetővé, hogy az alkotás, munka feloldja a tétlenség-okozta leépülést.

Disszertációm elméleti felvetései azt állítják, hogy a magas szintű gyermekgyógyászati ellátáshoz fokozottabban és főként rendszer^{es}ebben kell a pszichológiai értelemben vett gondozás. Napjainkban még gyakori tény, hogy pl. egy gyermekkorú diabetest, s a vele járó pszichés zavarokat az orvos igyekszik pszichológiailag is kézben tartani anélkül, hogy módja lenne - idő és egyéb tényezők hiányában - a személyiség egyedi vonásainak és kompenzációs lehetőségeinek alaposabb megismerésére.

Krónikus betegosztályokon szükséges lenne, az orvos mellé rendelt pszichológiai gondozóhálózat létesítése. Ennek speciális profilja az adott betegséggel járó pszichés problematika ismerete, s a gyermekek, szülők, iskolai, óvoda stb. vonatkozásában a rehabilitáció szervezett módjának elindítása, valamint integrálása lenne.

Elméleti fejtegetésünkhöz vissza-visszatérve: ha a személyiséget úgy fogjuk fel, mint a test-pszichikum egységrendszerét, akkor egy bizonyos testi funkció, lehetőség

korlátozása egy másik komponens fejlesztésével védhető ki a rendszeren belüli zavarok keletkezését.

Példaként felhozzuk a diabetest. Az orális tendenciák korlátozása gyermekkorban természetesen együttjár az örömélmények korlátozásával, s igen sok nehézséget okoz a diéta betartása. Ha ezzel a negatív élménnyel magára hagyjuk a szülőt és a tőle függő gyermeket, nem biztos, hogy nem indul be egy korlátozottság körül forgó negatív folyamat. Ha viszont megismerjük a gyermek intellektusát, személyiségét, s szervezni, ill. javasolni tudjuk a kreativitás, a képességek kibontakoztatásának minőségileg magasabb szintjeit, nemcsak a diéta okozta frusztrációkat enyhíthetjük, hanem a személyiség egész rendszerén belül idézünk elő olyan változásokat, amelyek pl. a diéta megszorításaival a magasabb önkontrollfunkciók differenciálódásához vezetnek.

A gyermeki személyiség rendszere - az anticipált funkciók törvényszerűségének értelmében - összes potenciális lehetőségét hordozza a teljes kibontakozásnak /Ranschburg, 1973./

A testi gyengeség, szomatikusan rossz közérzet, mozgáskorlátozottság, izoláció ártalmait a későbbiekben elemezzük.

Elméleti fejtegetésünk összefoglalásához most annyit jegyzek meg, hogy a rendszeren belül támadt zavarok, a potenciális lehetőségek kibontakozásának is korlátai, tehát a személyiség prognózisát negatív irányban eldönthetik.

Ellentmondás van tehát a korszerű betegellátás és a mentálhigiéne között, s ennek az ellentmondásnak feloldása nemcsak a pszichológiai rehabilitáció magasabb szintjében, hanem - gyermekek esetében - társadalmi- gazdasági érdekekben is megmutatkozik majd. Egyedül az ember számára lehetséges a testi adottságok csökkent volta mellett a magas szinten organizált alkotó munka, de ehhez elengedhetetlenül szükséges a gyógyító, kompenzáló hatások tervszerű, rendszerszemléletű és folyamatos összekapcsolása.

A rendszerszemlélet ellen ható tényezők ismerete is szükséges, mert ellenkező esetben a spontaneitástól várjuk a kritikus kérdések megoldását /László E; Buda 1979/.

- Intellektuális tehetetlenség:

Olyan tendencia, melyhez korábbi elméletek /szokások, beállítódások/ használatához szokott emberek ellenállása fűződik. Ez az ellenállás magában hordja a szorongást is, mert valami újat kell a megszokottól eltérően, a szemléletben és gyakorlatban érvényesíteni.

- Szervezeti tehetetlenség:

Egy intézmény strukturáján belül a tárgyi-személyi, gazdasági és egyéb feltételek megváltoztatása szükséges ahhoz, hogy ott új szempontokat lehessen a napi gyakorlatban érvényesíteni.

- A források elérhetőségének problémái:

Nem elegendő valaminek igazát látni, igen gyakran nem

lehet a változások eléréséhez szükséges fent említett feltételeket megteremteni.

- A túlzott általánosítás problémája:

"Eddig is jó volt, ahogy csináltuk" - "ezután is jó lesz" - attitűd, amely tulajdonképpen egy intézményen belüli összes megoldást háritani képes.

Mindezen tényezők az egészségügyi intézményekben is törvényszerűen hatnak, s a leküzdésükhöz a modellnyújtás a többletmunka vállalása, a szemléletformálás szükséges. A kutatási téma indításakor feltételezték, hogy egy-egy intézményen belül - adott esetben a pécsi Gyermekklinika is - közös erőfeszítéssel érvényre juthatnak a fentiek.

e/ A beteg-szerep pszichés ártalmainak elemzése és fel-
dolgozásának célszerű módjai

A betegség legfőbb velejárója a testi egyensúly felborulása mellett a pszichés egyensúly elvesztése.

Anna Freud /Alpár, 1977/ hívja fel a figyelmet arra, hogy a kisgyermek nem tesz különbséget a betegség vagy a gyógyítás okozta fájdalmak között.

Gyakran a fájdalomnak ez a formája sérelmesebb a kisgyermek számára. Magának a fájdalomélménynek lelki problémái életkoronként különbözőek. Az egészen kisgyermek a szervezetükben lejátszódó, illetve a testet kívülről érintő

fájdalmakat valamilyen külső tényező rovására írják. Külső támadás következményének tartják, és veszélyeztetettnek érzik magukat miatta. Így a fájdalomélményt a fantáziák által kiváltott szorongás tovább fokozza.

A betegség kialakulásakor a gyermek elfordítja érdeklődését a külvilágtól, és a testében lejátszódó folyamatokra figyel. Mivel a testről alkotott képe, belső testvázlata még tagolatlan, és reális magyarázóelvvvel nem rendelkezik, a hiányt pótlóan téves hiedelmek alakulnak ki benne.

A betegség, illetve kórházi tartózkodás pszichológiai ar-
talmai:

- Testi fájdalom, félelem, az orvosi beavatkozás miatti tartós szorongás,
- ennek következtében a testvázlat harmónikus fejlődésének összezavarodása, melyet fokoz a saját mozgások, akciók lehetőségeinek nagyfokú csökkenése, a passzivitás,
- elszakadás az otthontól /minél kisebb a gyermek, annál inkább pszichotrauma-/, kötődési igények súlyos frusztrációi,
- elszakadás az iskolától /óvódától/, szerepveszteségek,
- a külvilág ingermintázottságának kórtermi izolációra való redukálódása, amely ha tartós, énszűkítő hatású lesz és regressziót indukál,
- az életritmus összezavarodása, mely a követhető rendszerek, viszonyulási sémák dezorientációja, az esetlegesség

- élménye, s a kialakuló belső rend, és az interiorizáció megzavarása,
- a szülők időszakos elvesztése mellett azok riasztó szorongásának látványa, illetve törvényszerű emocionális átvétele, a gesztus és verbális kommunikáció belső felfokozott kettőssége /double bind/,
 - a kialakuló én, illetve nemi identitás különböző zavarai, a testhez való viszony diszharmonijával.

Ha most a károsító tényezőket a szerepviszonylatok szempontjából vizsgáljuk, okvetlenül arra a következtetésre kell jutnunk, hogy minél korábban jelentkezik a krónikus betegség, annál inkább megzavarja az egész szocializációs folyamatot.

Szocializáció, azaz interakciós folyamat, amelynek révén egy személy viselkedése úgy módosul, hogy megfeleljen a csoportjai által vele szemben támasztott elvárásoknak /Seward-Backmann 1972./

A szocializáció legfontosabb ágensei más személyek, s maga a folyamat személyek közötti interakciókon alapuló tanulást jelent.

f/ Szükségesnek tartom hangsúlyozni, hogy a szocializációs folyamatban a külső elvárások, a teljesítmény minősítése interakciók alapja. A gyermekeket az interakciók egyrészt orientálják, másrészt biztonságot nyújtanak számára.

A jutalmazásos-büntetéses visszacsatolások az önszabályozás kiépülésének elengedhetetlen feltételei.

Minél nagyobb gyermekről van szó, annál több elvárással lép fel a környezet, és minél idősebb, annál bonyolultabb fokán áll a szocializációs folyamatban kibontakozó szereptanulási relációknak.

Szociálpszichológiai törvényszerűség, hogy az elvárások tisztázottsága teszi lehetővé a zavartalan interakciókat, illetve az ezeken alapuló szereptanulást. Az interakció nehezebb lesz, vagy lehetetlenné válik, ha egy csoport tagjai között nincsenek egyértelmű elvárások, ill. ellentétesen viselkednek a már kialakult elvárásokkal.

Az elvárások összezavarása - az aktívális személyiség számára azzal jár, hogy ellentétes cselekvési szándékok lépnek fel, s helyzetét mindenképpen inadekvátnak éli meg.

A tisztázottság hiányát okozhatja:

- 1. a szerep újdomsága
- 2. egy bizonyos szerep szüntelen változása

/Secord-Backmann, 1972./

Ha egy szociális rendszeren belül a szerepelvárások bármilyen okból tisztázatlanok, a szociális rendszerben keletkező feszültségek arra késztetik a személyeket, hogy megkíséreljék szerepeik tisztázását.

Az 5. ábra a szülő elvárásrendszerének folyamatos beszűkülését, az ebből kialakuló negatív pszichés történeteket szemlélteti. A gyermek orientációs zavara regressziós, agressziós, illetve infantilizálódási tendenciákat indukál elhárító mechanizmusként.

Úgy a szülő, mint a gyermek részéről erőteljes ambivalencia lép fel, mely a gyermeki személyiségfejlődés deviáns alakulását is magával hozza.

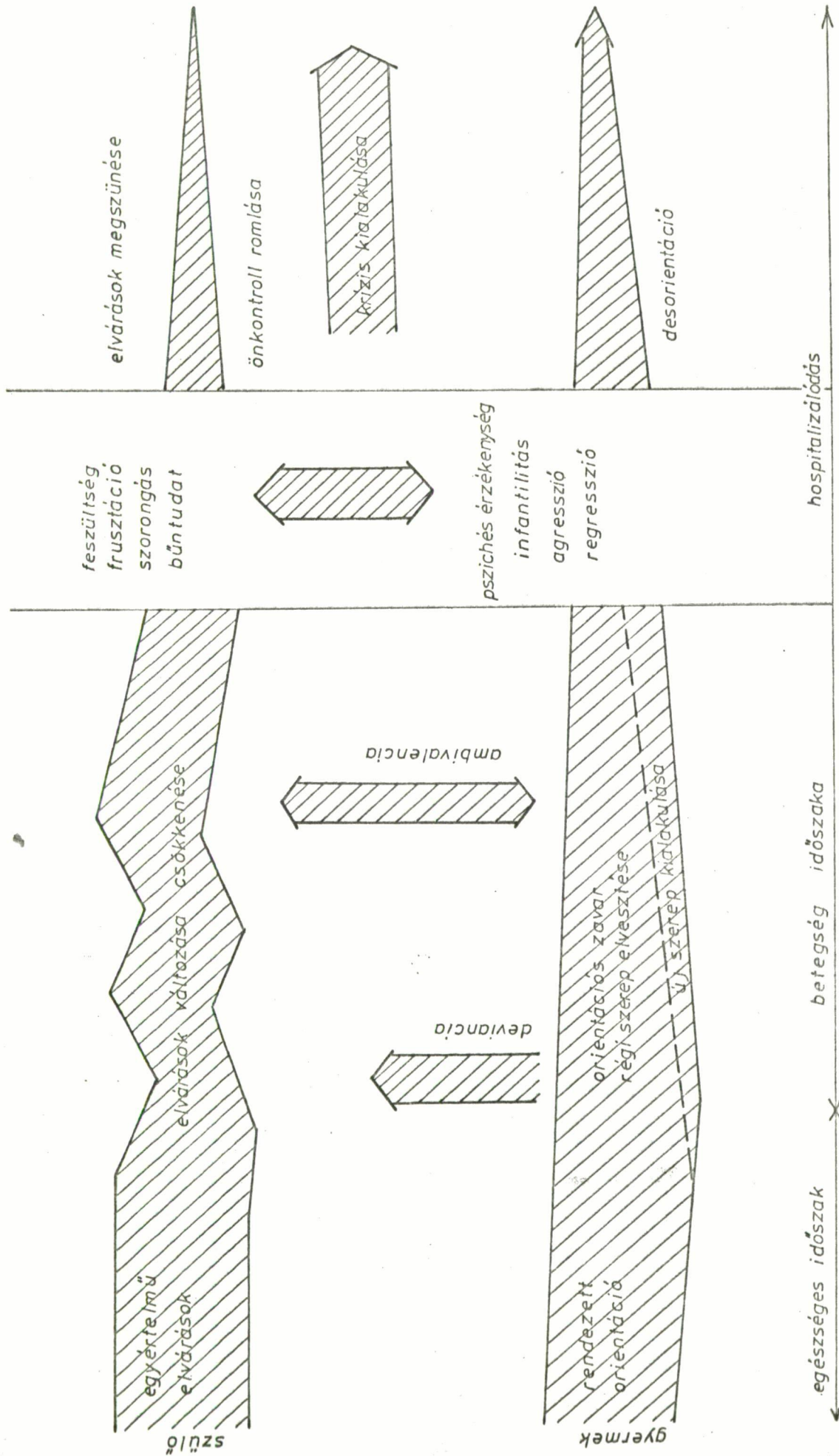
Súlyos és krónikus betegség esetén a szülőknél - minden vélt vagy valós mulasztás, tudatos, vagy önkéntelen kettősség - büntudattá felerősödve okoz azonnali feszültséget, amelyet a gyermek egészségéért, életéért való szorongás felfokoz, s ezek következménye: az eddigi elvárások megszüntetése, illetve összezavarodása.

A "beteg vagyok", mint szerp, a maga riasztó újdonságával törvényszerűen magával hozza a különböző - kialakulóban lévő szerepek - folytonos változását is.

Klinikai gyakorlatunk azt mutatja, hogy nemcsak a végzetes kimenetelű, vagy az életet komolyan veszélyeztető betegségek okoznak olyan orientációs problémát a szülőben, amelyek az elvárások megszüntetésével járnak.

Ha a szülő a gyermekét betegként kezeli és az ezzel kapcsolatos ambivalenciákat kommunikációjában közvetíti, szükségszerűen megzavarja a gyermeket. A gyermek eleinte próbálkozik, különböző - az eddigiekhez képest inadekvát - manőverezésekkel méri fel helyzetét, majd él a feszültségcsökkenés

Gondozás nélkül bekövetkező pszichés leépülés folyamatábrája



oly módjaival, amelyek regressziót, vagy szélsőséges agresszivitást, infantilizmust, a pszichés tűrőképesség visszaesését idézik elő. E ténytől a szülők ambivalenciája fokozódik, a gyermekkel kapcsolatos természetes agressziót ezután további engedményekkel igyekeznek kompenzálni.

A.Cohen /1965/Buda,1979/ rámutat azokra az elméletekre, melyekben közös, hogy a deviancia és ugyanígy a konformitás nem az egyénen belül keletkezik, hanem része annak a kollaboratív társadalmi aktivitásnak, melyben kialakulnak a különböző szociális minősítések.

T.J.Scheff /1963,1966.Buda 1979/ állítása szerint, ha az egyén megtanulta a szocializációs folyamatban, hogy milyen a mentális zavarban szenvedők sztereotip viselkedése, az egyén önmagát is könnyen deviánsnak minősítheti. Amennyiben ez a minősítés már zavart élményvilágu emberben történik, az illető önkontrollja tovább romlik, s ennek nyomán nagyobb a valószínűsége a "szokatlan" viselkedés újabb epizódjának. Így tehát a deviációt erősítő újabb visszacsatolási kör keletkezik, amely kölcsönhatássorozatot hoz létre. Az Én egyre inkább belemegy a nyíltan deviáns szerepvállalásba, amelyet a környezet önkéntelen jutalmazással tovább erősít.

Mindez kifelé terjed a nagyobb közösségek irányába, s annak toleranciaszintjét befolyásolva meghatározza a további devianciára adott társadalmi reakció természetét.

A gyermekkori tartós és egy életre kiható, vagy az életet veszélyeztető betegségek a társadalmi köztudatot a szánalom és engedmények irányába befolyásolják. Az egyén bontakozó önkontrollfunkcióit ez természetesen megzavarja, s gyakran nincs is más megoldás számára, mint belemenni az engedmények kísértése által adott nonkomformis szerepviselkedésbe. Ez a tény azután elindítva az ambivalens értékeléseket, az illetőre "ráakasztják" a sérült, vagy csökkenértékű címkéjét, s ezzel szinte lehetetlenné válik a magasabb személyiségnívót elősegítő adaptáció.

Az engedmények elsődleges közvetítője a szülő, akit emocionálisan súlyosan frusztrál a gyermek betegsége, a betegséggel járó perspektíva zavaró hatása, a kommunikációjában a zavart közvetíti a gyermek, a kórház, valamint az életteret biztosító környezet felé.

Feltételezzük, hogy amikor a diagnózis közlésével azonnal társítjuk a kórtermi foglalkozási lehetőségek rendszerét és elvárásait, egyúttal viselkedési mintát is adunk a szülőknek, s először promotív, majd direkt módon "kötelezővé" tesszük az e mintával történő azonosulást. Mint a krízisterápiás fejezetben elemzem majd: mindezt az empátiás kommunikáció közegeiben képviseljük és aktiválásra, elvárásokra ösztönözzük vele a szülőt. A lehetőségek megteremtésével és a pozitív kontaktust jelentő pszichoterápiás interakciókkal a beteg gyermeket mindezeknek sikerül majd megnyernünk. A gyermek reakciói a szülőket tovább befolyásolják, s erre a bázisra építjük később a pszichés meggyőzés hatásait.

Célkitűzésünk szerint a túlzott kényeztetés, a betegségre való beszűkülés, az elvárások megszüntetésének halmozottan devianciaképző hatásait így tudjuk majd a természetes gyermeki aktivitásra támaszkodva már az első lépésekben hatásainkkal kivédeni. Az önmagában elbizonytalanodott gyermek törvényszerűen követelőzővé, a szülővel szemben agresszívva, vagy ami még riasztóbb, depresszióssá válna, amely az eddig megszokott viszonylatoknak olyan szembetűnően mond ellent, hogy elmossa a már kialakult szereptanulási interiorizációkat. A sikeres akciók biztosítják az életkori sajátosságok figyelembevételével a személyiség fejlődéséhez szükséges, de elveszített lehetőségek rendszerét. Így oldhatók és kivédhetők a fent említett zavarok.

Ha a gyermek önmagát sikeresnek éli meg és ezt a szülő tapasztalja, valamint ennek szükségességéről meggyőződik, megakadályozzuk a "beteg vagy", "neked megengedem" attitűd beépítését, s így a gyermek feszültségtűrése is a megszokott szinten marad. Az alkotást, tanulást betegen is megélt gyermek személyiségébe - a "sajnáljatok" - attitűd nem épülhet be, s így hosszútávon kivédhető a lekicsinylő, sajnálkozó reakciók hatása.

Már Menninger /Buda, 1979/ megállapította, hogy a rendszerelméleti pszichopatológia megközelítésében a krízis azt is jelenti, hogy a magasan integrált szint alacsonyabb integrációs szintre eshet vissza.

A fejlődéssel természetesen együttjáró változások, még ha krízis formájában jelentkeznek is, a pszichológia magyarázó elvei szerint elemezhetőek.

Erikson megállapítja, hogy az Én-identitási krízis korai zárása a személyiség szempontjából előnytelen. Itt a krízis elhúzódnása az érettebb, magasabb nivójú személyiség kialakulását hozza magával.

Menninger megállapítása azokra a krízisekre vonatkozik, melyek az idegrendszer számára nem a fejlődés velejárójaként jelentkeznek, terhelő voltak adott esetben katasztrófálisan hat.

A katasztrófa-összeomlás élménykör ábrázolására kézenfekvő lehetőségeket ajánl az a matematikusok által kidolgozott modell, melyet részletesebben a II. mellékletben vázolok. /Zeeman, 1977/.

Célom a modell megadásával az olyan intrapszichés történések szemléltetése, melyeknek megragadása rendkívül nehéz és általánosságokban e modell segítségével felvázolhatók. Természetesen a modell ilyen mélységű taglalása csak szemléltetésre alkalmas, s a pszichodiagnosztikai munka feladata marad az egyénre jellemző variációk megismerése és feltárása.

g/ A katasztrófa-élménnyel kapcsolatos hipotézis megfogalmazása

A hipotézisek hivatottak arra, hogy valamilyen módon betöltsék azt a tudáshiányt, amely a probléma megfogalmazása kap-

csán körvonalázódott. Esetünkben a pszichológiai gondozással kapcsolatos gyakorlati tapasztalatok, empirikus tények magyarázatát keressük.

A disszertáció címében megfogalmazott célkitűzés - a krízisterápia módszertani kidolgozása és indokolása - arra utal, hogy a tapasztalatok általánosításához elegendő lett volna a jelenségek fenomenális, részben kauzális magyarázata.

"A fekete doboz" magyarázatnak is nevezett eljárás arra céloz, hogy a nevezett módszernek csak csupán összetevőit /bemenet/ és eredményeit /kimenet/ világítja meg, de magyarázat nélkül hagyja azt az általánosítási folyamatot, amely a módszer belső törvényszerűségei, s abenne résztvevők pszichés világa /magatartása/ befolyására megy végbe.

Munkahelyemen, a kórházban hosszan tartózkodó betegek és hozzátartozóik körében végzett pszichoterápiás gondozás kedvező tapasztalatai arra adtak ösztönzést, hogy a krízis, ill. katasztrófaélmény néhány összefüggését is keressem.

A II. sz. mellékletben ismertetett - csupán néhány éve kidolgozott - katasztrófa-elmélet kínálta azt a lehetőséget, hogy a feltett kérdésekre olyan strukturális magyarázatot keressünk, mely az empiria szintjén túllépve, behatol a valóságnak abba a szférájába, amelyet a tapasztalatok csak részben jelenítenek meg, de legalább ugyanolyan mértékben el is fednek. Eszközül a Thom által kidolgozott hét elemi katasztrófa közül a vizuálisan is még jól követhető 3 dimenziós "csucskatasztrófa" modellt használtam fel.

A soron következő 3 példában a modell gondolatébresztő, értelmező funkcióját vettem igénybe, majd a 9. sz. ábrán feltüntetett hipotézist adatokkal, tényekkel is bizonyítani kívánom.

A 6. ábra a különböző fokú traumák krízis, ill. katasztrófaélmény várható hatását szemlélteti a beteg tűrőképessége függvényében.

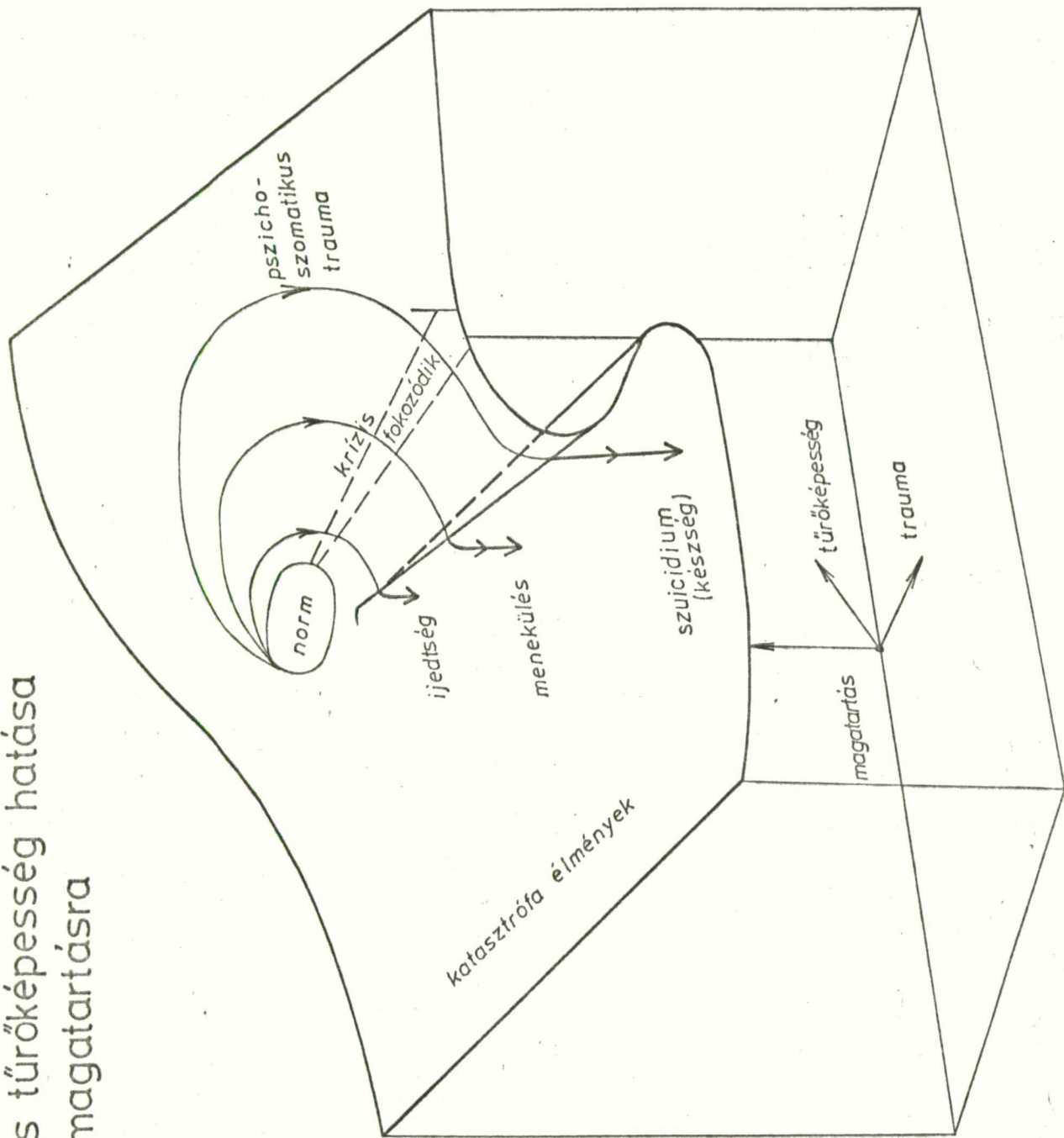
A következő /7 és 8-as/ ábra a szomatikus és pszichés traumák egymásrahatását érzékelteti. Különböző intenzitású szomatikus hatások is - lelki krízissel párosulva - előhívhatják a katasztrófa élményt.

Azonos betegségtypusból fakadó állapot - illetve magatartásváltozás nagyfokú differenciáltságot mutat a pszichoterápiás gondozás hatékonyságától függően.

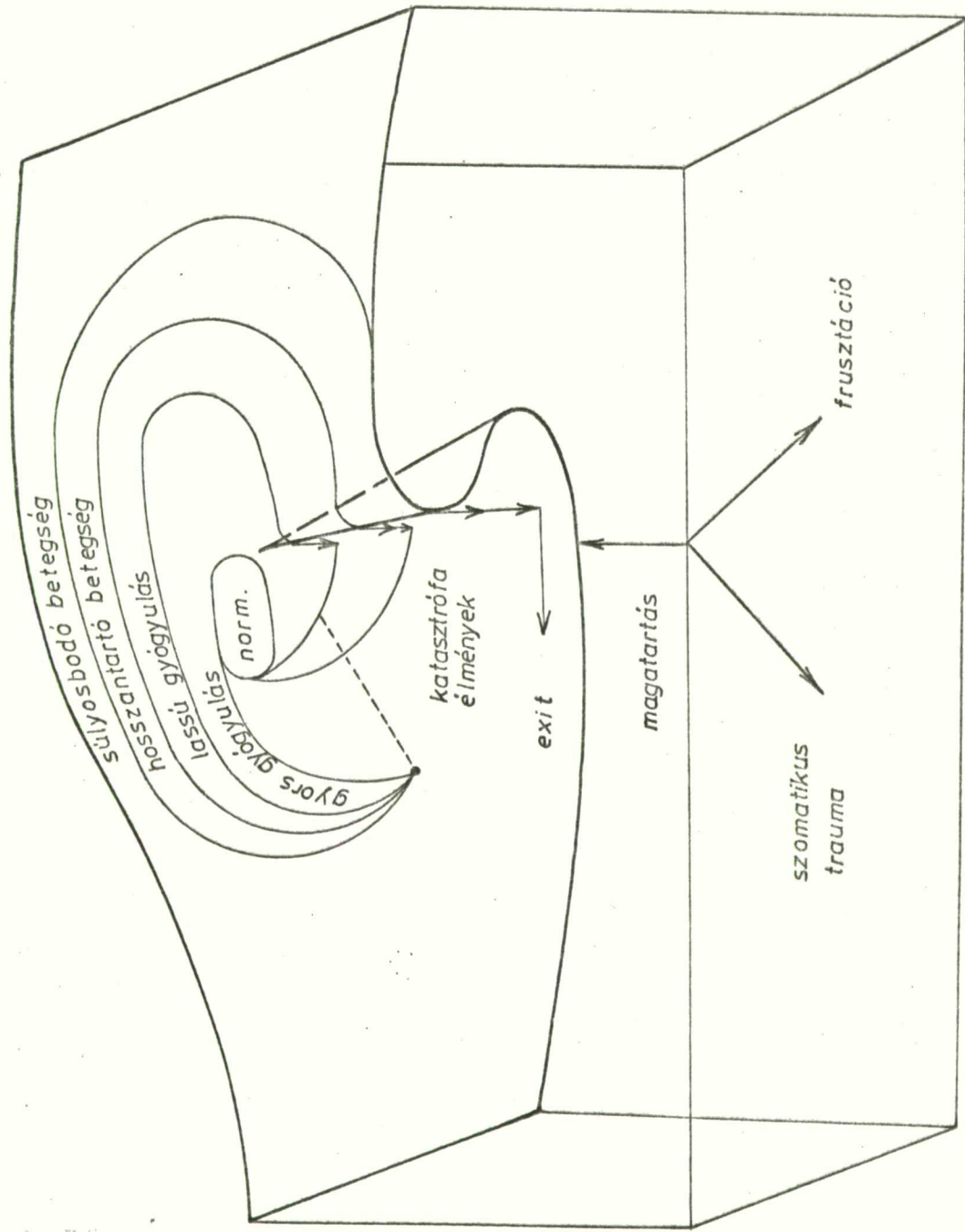
A 9. sz. ábra pszichés, ill. szomatikus hatásra bekövetkező kétirányú magatartás-változás általános hipotézisét vázolja fel. A válságos helyzet pszichés katasztrófaélmény, fokozatosan beálló szomatikus leromlás, vagy a kettő kombinációja következtében is előállhat. A pszichoterápiás gondozás hatására - bármelyik tényező nyomán alakul is ki a válság, a katarzison keresztül a gondozott kiemelhető a válságtudatból.

A következő fejezetben ezen hipotézisek jogosságát tétélesen - esetenként numerikusan -, valamint a POTE Gyermekklinikán bevezetett terápiás módszerek eredményességét részletekben kívánom bizonyítani.

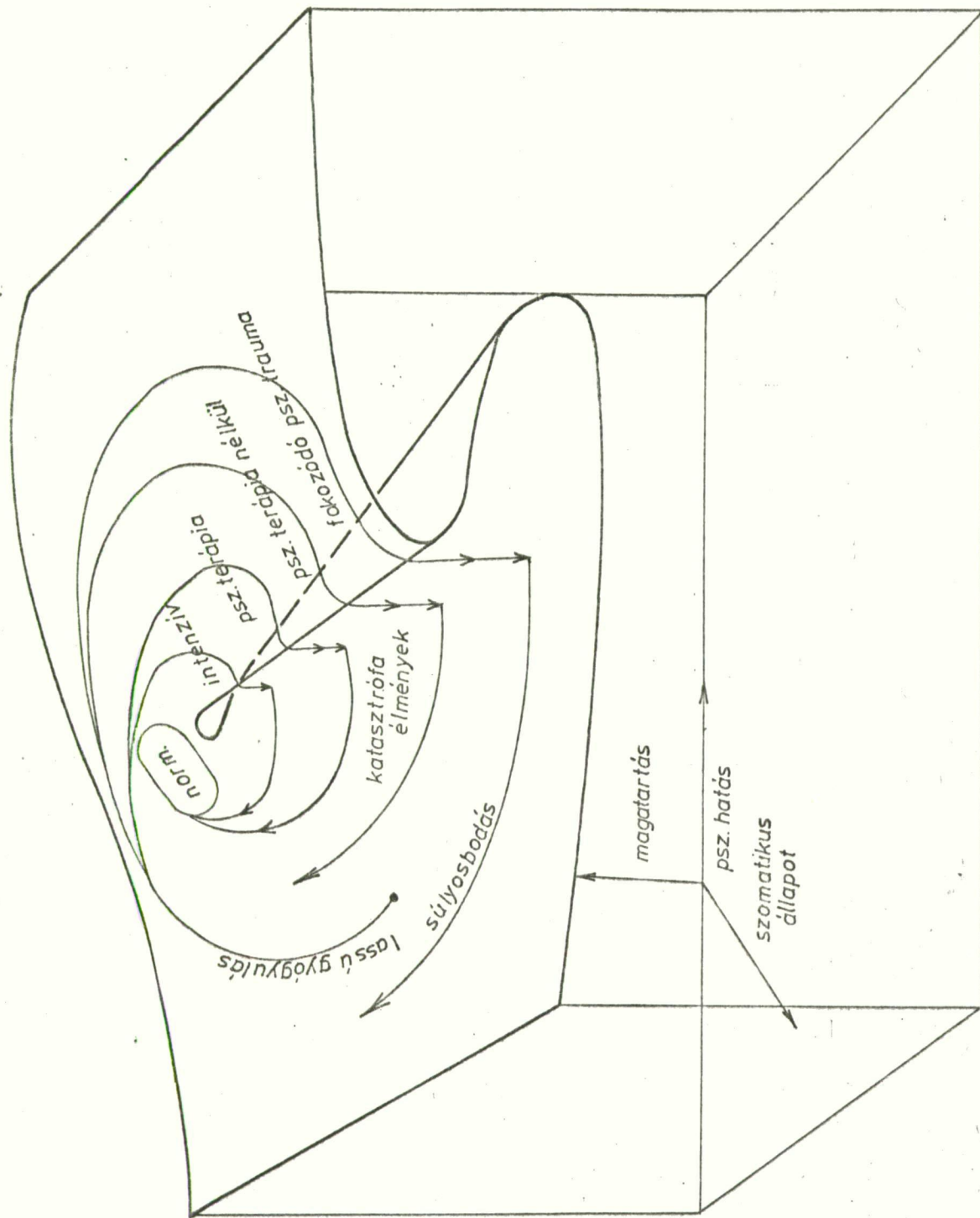
A trauma és tűrőképesség hatása a magatartásra



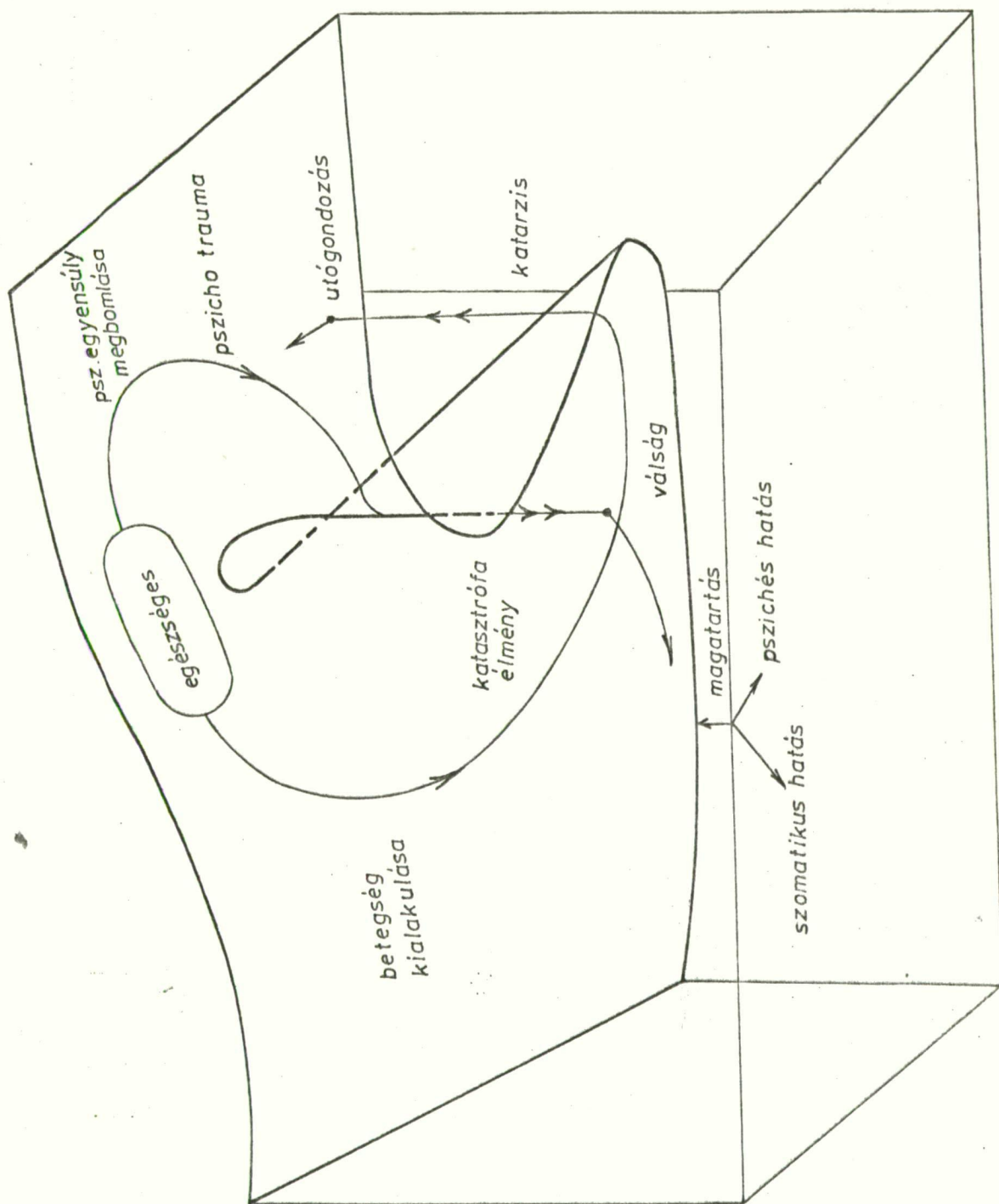
A különböző intenzitású szomatikus hatások befolyása a pszichés magatartásra



A pszichés hatás befolyása a szomatikus változásokra



A pszicho-szomatikus állapotváltozás általános katasztrófa modellje



2. A VIZSGÁLATOK LEFOLYTATÁSA

/ Bizonyító eljárás /

2.1. A vizsgálat körülményei és módszerei

A hosszan túlélő^{*} leukaemiás gyermekek részletes pszichológiai explorációja ambuláns vizsgálatok formájában történt. Ezek a gyermekek a betegség súlyos időszakára már közvetlen emlékek formájában nem adtak projekciókat, mivel a kórházzal való kapcsolatuk átlagosan 2-3 havonkénti kontrollvizsgálatra szűkült.

Célkitűzés: A betegség során elszenvedett pszichotrauma személyiségkárosító hatása fokozatainak felmérése, valamint a remissio állapotában a pszichológiai rehabilitáció mértékének megállapítása a túléléssel összefüggésben.

A szülők katamnesztikus /kezelés befejezése utáni kórtörténet/ vizsgálatának /kikérdezésének/ segítségével a krízis-állapot felidézése és összevetése a családi élet alakulásában bekövetkező pozitív és negatív változásokkal.

Először a hosszan túlélő leukaemiás gyermekek személyiségprofilját vázoltuk fel. Célunk többek között a pszichológiai rehabilitáció mértékének megállapítása volt.

a./ Vizsgálataimat a szülők elbeszélése, részletes kikérdezése, kérdőívek, iskolai teljesítmények felmérése, pedagógiai vélemények kikérése, a gyermekek érdeklődésének interjúszerű felmérése, feszültségtűrési tolerancia megállapítása,

* Túlélés = a betegség megélt időtartama

intelligencia-vizsgálat, valamint Világjáték-teszt eredményeinek alapján végeztem.

Elsősorban az érdeklődés/motiváció beszűkülését, regressziós-depressziós tendenciákat tekintettük olyan diagnosztikai támpontnak, amelyekre véleményünket alapoztuk.

A matematikai bizonyítás számára kedvezőnek tűnt a Világjáték-teszt tárgyválasz-számainak az életkorral való korrelációban történő megragadása.

A kapott adatok alapján az átlag /egészséges/ gyermekéhez hasonlónak minősítettük a gondozott gyermekek élményvilágát. Továbbiakban a felvett Világjáték-jegyzőkönyvek és hasonló szempontokra kiterjedő pszichológiai vizsgálatok adatai alapján elvégeztük a kontrollcsoport és a hosszasan kórházban tartózkodó gyermekek eredményeinek összehasonlító matematikai-statisztikai vizsgálatát.

A kontroll-csoport tagjainak kiválasztásánál a következő szempontokat vettük figyelembe:

1. Életkor szerinti megoszlás azonos az előzőleg vizsgált, a kórházban hosszasan tartózkodó gyermekekkel /átlagéletkor 10 év./
2. Intelligencia hányadosuk megközelíti a vizsgált csoportok IQ-ját.
3. Regionális különbségek szerint homogénnek tekinthetők /többnyire vidéki gyermekek/.
4. Szomatikusan egészségesek.

b/ Az ápolásra szoruló gyermekek és szüleik számára fontos kérdések felmérésére a Guilford-féle páros összehasonlítás kérdőíves módszereit alkalmaztuk. /VI. és VII. sz. melléklet/

Ezzel a rehabilitációval kapcsolatos aktuális szempontok rangsorolását végeztük el.

Választásom azért esett e kérdőíves módszerekre, mert az eddig alkalmazott teszt - illetve interjúszerű módszerek mellett egzaktabb kiértékelésre, matematikai - statisztikai feldolgozásra is lehetőséget adnak. A kérdőív mellett természetesen előző vizsgálati eljárásainkat is megtartottuk, melyek eredményei folyamatosak, hasonló tendenciát mutatva, mint alábbi tapasztalataink.

A kérdőív kitöltésével kapcsolatban meg kell jegyeznem, hogy nehézséget okozott azok esetében alkalmazni, akik aktuálisan nem tartózkodtak a kórházban vagy elzárkóztak a közreműködéstől. Ezért csak 30 eset feldolgozására került sor. /1981-ben a 23 túlélő, 1982-ben 7 új beteg/.

Az adatok feldolgozásánál nem különítettem el, hogy az információt beszélgetés vagy kérdőíves formában nyertem. A 30 vizsgált eset közül 19 gyermek malignus betegséget 6 éves kor alatt diagnosztizáltak.

3 év	3-6 év	7-12 év	12 év
4	15	10	1

A pécsi és vidéki gondozottak száma:

pécsi	vidéki
8	22

Az osztályon tartózkodó szülőkkel történő kötetlen beszélgetés és kérdőíves kikérdezés alapján körvonalazódtak azok a gondok, problémák, melyek nem derülnek ki a kórlapokból, amelyek a malignus betegségben szenvedő gyermekek és környezetük mindennapjait szövik át.

Jelenlegi malignusan beteg gyermekanyagunk átlagéletkora 5-6 év, így kevés számú gyermekkel sikerült a meg-
szerkesztett kérdőívet kitöltenünk, mivel annak jellege feltételezi a logikai gondolkodás elemeit, s inkább 8-9 éves kortól alkalmazható.

c/ A terápia módszertani kidolgozásának körülményei

Tapasztalati anyagomban hamarosan megállapítottam, hogy azok a szülők keresik önszántukból is a pszichológus segítségét, akiknek előzetesen, tehát még a gyermek jobb periódusaiban volt tevékenységi - illetve élménybeli lehetőségük megismerkedni a foglalkoztatás és pszichoterápia összes hatásaival.

A beteganyag jelentős részénél konfliktust oldó, célterápiákra van szükség. A terápiák egy nagyobb részénél a fő cél az aktuális csődállapotok, katasztrófa-helyzetek megoldása.

A szülők utógondozása során nyert tapasztalatok képezik mindezek pozitív kontrollját, mivel önként és további kapcsolatot keresve jönnek vissza arra a helyre, ahol életük legsúlyosabb krízisét illetve katasztrófáját elviselték.

A pszichoterápiának ezt az általam alkalmazott módját a következők miatt sorolom a krízisintervenciós technikához:

- A klinikánk gyakorlatában évek óta elfogadott napi szülői látogatás a gyermek állapotának rosszabbodásával a szülők állandó jelenlétévé bővíthet, ha ők élnek ezzel a lehetőséggel /éjszakai fekhelyet biztosítunk/. Ebből következik, hogy a pszichológus saját akcióit ezen időszakban a maximális segítségnyújtás és ezzel járó odafordulás irányába tolhatja.
/Szilárd, Kézdi 1977/.
- A gyermek állapotának katasztrófális romlása olyan helyzetbe, állapotba hozza a szülőt, a betegtársakat és a gyógyító személyzetet is, hogy okvetlenül szükség van olyan szakemberre, aki teljes aktivitását
 1. a szülők és a moribund /haldokló/ beteg megsegítésére és helyzetük könnyítésére fordítja,
 2. a kórterem betegeinek napi életét a megszokott harmónia irányába tereli, illetve olyan foglalkozásokat szervez, melyek lekötik a gyermekeket ez idő alatt.

3. átveszi a súlyosan frusztrált és nehéz helyzetben lévő nővérek és orvosok válláról az érzelmi kitörésekkel járó állapot terhének átvehető részét.

Klinikánkon a súlyos, illetve moribund gyermeket minden esetben elkülönítjük. Ez a tény a haldokló izolációja mellett - a hozzátartozók számára is a különválás élményét adja. Akik néhány hete még aktív részesei voltak a kórterem napi életének, most a végső szolgálatok szomorú aktivitását élhetik csak.

Tapasztalataim szerint: egy pszichológus jelenléte, segítsége csak akkor adakvát ebben a helyzetben, ha előzetesen tartós kapcsolata volt a beteggel és a szülőkkel. Egyébként a "passzív néző", az "idegen" szerepét osztják rá, és érzelmileg nem fogadják be. Ugyanúgy elmondható az is, hogy egész eddigi terápiás munkánk hitelét veszti, ha a legsúlyosabb időszakot nem osztjuk meg a szülőkkel.

Klinikánkon bevezetett ilyenirányú pszichoterápiás tevékenységem eredményességét mérni rendkívül nehéz.

A családok, akik a veszteség után visszajárnak, és megosztják életük eseményeit velem, bizonyosságot adnak a módszer alkalmazhatóságáról, illetve eredményességéről. Az empátiának az a mélysége, amelyet e pszichoterápiás kommunikáció kölcsönösen megalapoz pszichológus és beteg

között, semmilyen más kapcsolathoz nem hasonlítható, s az "eredményességnek" a személyiség legbensőbb rétegeit érintő élményét adja.

2.2 Az alkalmazott terápia eredményességének numerikus bizonyítása

2.2.1 Bizonyítás sorrendi /ordinális/ skálán jellemezhető tulajdonságokkal

A Világjáték-tesztek adatait először az alábbi szempontok szerint elemeztük /mindhárom csoport esetében/:

- szorongás
- negatív projekciók, negatív Én-kép
- lassu motorikum
- halálfélelem
- izoláció

Szorongás: olyan szimbólumok kirakásának számszerűsége alapján határoztuk meg, melyek az Én-azonosításra, vagy az Én-t fenyegető veszélyekre vonatkoznak.

Negatív projekciók a centrumban: az építmény központi helyét elfoglaló negatív tartalmat hordozó tárgyak vagy események számszerű meghatározása alapján adta az értékeket.

Lassu motorikum: elhúzódó homokozás és ezzel együtt alig motivált rövid építés, vagy mindkét tevékenységnél lassu tempó, és ezzel együtt az építmény sivársága.

Halálfélelem: a halállal kapcsolatos szimbólumok száma, melyek az Én-nel is valamilyen kapcsolatban vannak /sírhalom, koporsó, tűzvészben kiégett ház, elsüllyedt hajó, stb./.

Izolációs jegyek: bekerítettség, zártság, folytonosság és összefüggések hiánya a strukturában.

A három vizsgált csoportnál a pszichológiailag gondozott csoport és a kontrollcsoport tagjainak szimptomatikus jegyeit százalékos megoszlásukat illetően összevetettem a nem gondozott csoport ilyen jellegű értékeivel.

A nem gondozott leukaemiás gyermekek eredményei éles különbséget tükröznek szorongás, halálfélelem, és izolációs jegyek vonatkozásában.

A pszichológiai gondozásban részesülő gyermekek a kontrollal összevetve kedvező tendenciákat mutatnak. /10. ábra/

Összehasonlító elemzésünk során megállapítható, hogy a nem gondozott gyermekeknél a Világjáték-teszt alapján depressziós színezetű személyiségfejlődési tendencia diagnosztizálható, súlyos regressziós jegyekkel.

Állításunkat a következőkkel támasztottuk alá:

- a tárgyi világ és a személyi reakciók, interperszonális kapcsolatok összefüggése a tapasztalattal, tehát az életkorral együtt állandóan növekszik. Kimondható, hogy a világgal, annak jelenségeivel, tárgyaival kapcsolatos

szimptomatikus jegyei alapján

vizsgált csoportok	szorongás	negatív projekciók a centrumban	lassú motorium	haláltélelem	izolációs jegyek
	% a populációhoz viszonyítva				
Szomatikusan beteg (leukémiás)	nem gondozott	100,0	58,4	41,7	91,7
	gondozott	36,3	17,3	18,2	9,0
egészséges	kontroll	30,0	0,0	9,0	3,0

érdeklődésnek, s az ezt reprodukáló késztetéseknek az életkor növekedésével bővülniök kell. A személyiség regressziója, pszichés beszűkülése úgy a kreativitást, mint a megjelenítő késztetéseket és képességeket, az egész motivációs kört érinti. Ennek értelmében, ha az életkorral nem adekvát módon alakul a világ strukturált felfogásának módja, a tárgyválasztások száma, illetve kategóriáinak gazdagsága - s az intellektus viszont nem mutat lemaradást - tárgyvesztéses, depressziós tendenciákról beszélhetünk.

Ezen adatokat a kontroll-csoport tagjai, és még sok száz világépítmény adatai is alátámasztják, melyek a napi pszichológiai gyakorlatban adódtak.

A Világjáték-teszttel a következő szimptomatikus jegyek különíthetők el:

- dezorganizáció
- izoláció
- üresség
- merevség, frigiditás
- traumatikus jegyek
- agresszió
- regresszió
- depresszió

A nem gondozott gyermekek építményeiben elsősorban depressziós és izolációs jegyeket találtunk.

A depressziós gyermek világépítményében az interperszonális kapcsolatok zavara, akcióhiány, a gyöngesztuktúra és a kevés tárgyszám a szembetűnő.

Ehhez járul a felszólító kérdésekre adott válaszok depresszív jellege. Az Én-azonosítás inadekvát. A tartalom nyomott, félelmet tükröző jegyeket mutat.

Az Én-figura megnevezése a diagnózis számára kulcsponthot jelent. Az Én-azonosság /identitás/ fokát a saját Én-hez való viszonyt, az Én vállalását, vagy a jövőben elrejtett vállalását, adott esetben a negatív Én-képet tükrözi.

A gondozott és kontrollcsoport tagjai az esetek többségében reális, vagy a jövőben reálissá váló Én-figurát vállaltak. Pl. 10 éves lány önmagát menyasszonynak, anyának rakja ki /vágyott Én/ fiú: pilóta /prae-pubertáskori vágy-fantázia/.

Nem gondozott csoportnál gyakori: törpe, életkoránál jóval kisebb gyermek /fixáció/ szerepet vállalt, vagy még gyakrabban: nem azonosul.

Az izolációs jegyek túlsúlya szintén megmutatkozott /bekerítettség, zártság/. Ez a teszt szerint védekezés a világ beáramlása ellen. Nem tudja sem a világot integrálni, sem a világ élményét önmagával rendezni.

A fenti építési módot /egyetlen szigetre beszűkült építés, perspektívatlanság, üresség, lassú kirakási

tempó/ állapították meg felnőtt neurotikus, pszichotikus és depressziós betegekkel kapcsolatban /Bergmann, Moussong-Kovács és Zemlye vizsgálatai is, 1968/.

2.22 Az eredményesség bizonyítása intervallum /kvantitatív = mennyiségi/ skálán mérhető magatartásváltozással

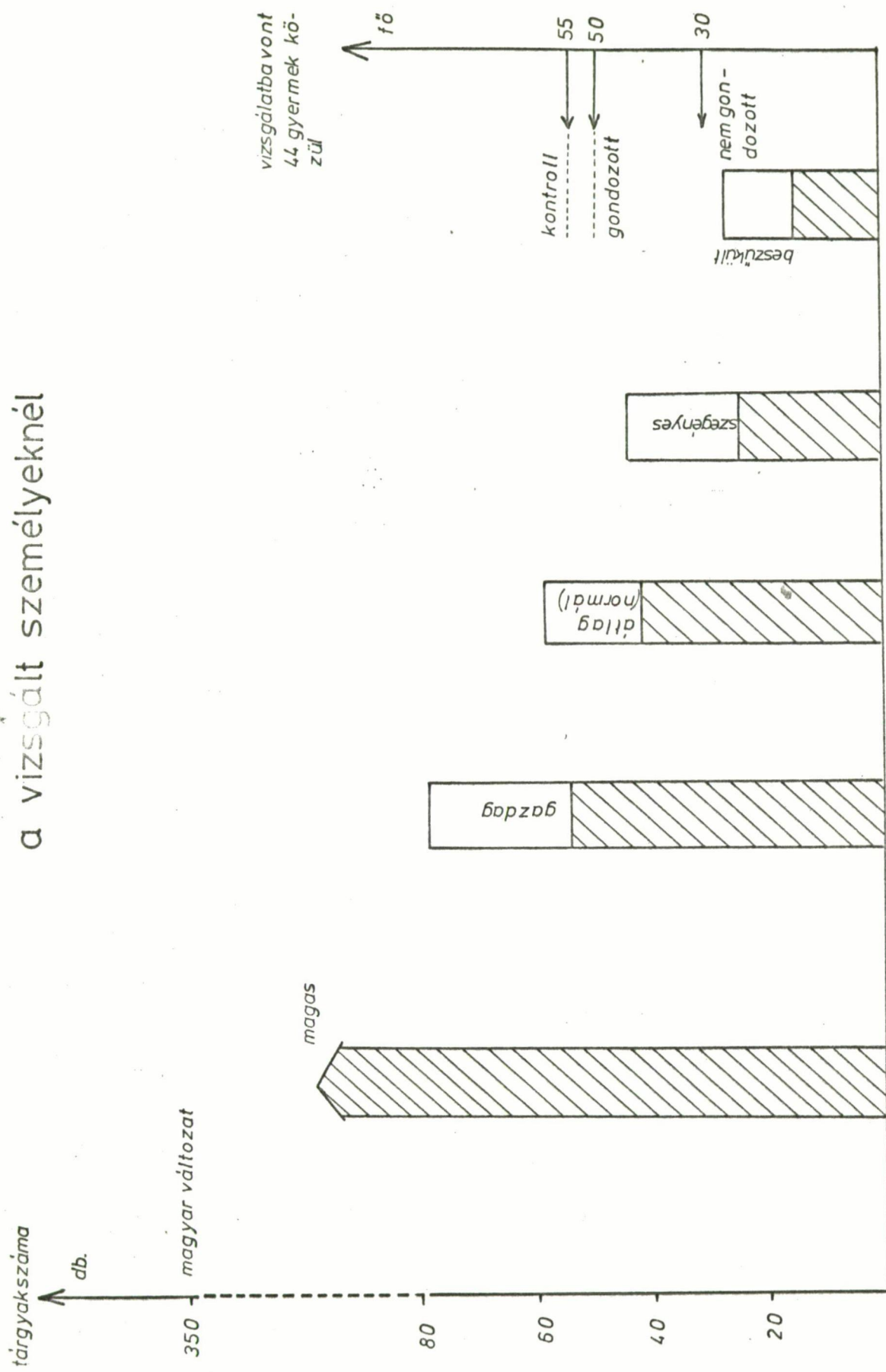
a/ Vizsgálatainkból megállapítható volt, hogy a 2.3. fejezetben ismertetett gondozás hatására megváltozott magatartású betegek tárgyválaszainak száma - a kontrollcsoport Világjáték-teszt eredményeihez hasonlóan - az életkorral pozitív korrelációt mutat. Ezzel szemben a nem gondozott gyermekeknél ez az összefüggés nem mutatható ki.

A Világjáték-teszt tárgyválasz szerinti értékelésének támpontjait oszlop-diagrammal szemléltetem. /11. ábra/

A különböző standardok tapasztalatai alapján így oszlik meg az építmény tartalmi, strukturabeli, és projekcióit illető gazdagsága, átlagos volta, illetve a szegénységtől a beszűkülés felé mutató tárgyszáma.

Természetesen, mint már kifejtettem, a tárgyszám csak egy numerikusan is megragadható összefüggés, amelyet a probandus életkorának függvényében, valamint a tárgyak által megjelenített tartalom függvényében értelmezhetünk.

A világgjáték-teszt tárgy választás számainak alakulása a vizsgált személyeknél



Míg a pszichológiailag gondozott, illetve nem gondozott gyermekek egymástól is két mintás "T" próba alapján bizonyítva szignifikáns eltérést mutatnak, addig a gondozott gyermekek és a kontrollcsoport között ez az eltérés nem mutatható ki.

A kontrollcsoport tagjai megegyezést mutatnak a pszichológiailag gondozott gyermekekkel.

A vizsgált három gyermekcsoport átlagéletkor, valamint intelligencia-kvociensek átlaga szempontjából homogénnek tekinthető.

A két leukaemiás gyermekcsoport /pszichológiailag gondozott, illetve nem gondozott gyermekek/ a túlélés átlagidejét tekintve szintén azonos.

A betegség megélt időtartamának átlaga, mely a táblázaton nincs feltüntetve: 5 év.

A pszichológiailag gondozott 14 gyermek, valamint a kontrollcsoportot képező 14 szomatikusan egészséges gyermek átlagos tárgyválasz száma megközelítőleg azonos.

A nem gondozott 16 beteg gyermek tárgyszám átlaga nagymértékű szegényességet mutat az előzőekhez viszonyítva.

Az összevetésnél a tartalmi, strukturális és projekciós szempontok is alátámasztják, hogy a szegényes tárgyszám a betegségtudat, és a motivációs-megjelenítő késztetések beszűkülésének hordozója.

A pszichológiai gondozás hatékonysága a világ-teszt tárgyszámainak alapján

átlagéletkor (év) a vizsgálat időpontjában	esetek száma (fő)		átlag IQ	teljesítménymutató az átlag tárgyszám alapján		
	gondozott	nem gondozott		nem gondozott	gondozott	kontroll
leukémiás	10 (5 - 16)	14 30 16	110	30	50	55
egészséges	9.7 (5 - 16)	14	112	(17-44)	(25 - 68)	(21 - 87)

$p < 0,01$
 $p > 90$

Az azóta folyamatosan végzett vizsgálatok ugyanezeket a tendenciákat tükrözik. Közben 20 malignusan beteg - pszichológiailag nem gondozott gyermek - Világjáték-teszt jegyzőkönyve készült el, akiknél a regressziós és depressziós tendenciákat a többi vizsgálat ugyanúgy alátámasztja, mint a Világjáték-teszt.

b/ A szülők és gyermekek által fontosnak vélt magatartások rangsorolása

Pszichológiai gondozómunkánk eredményességének és pszichológiai rehabilitáció mértékének megállapítása érdekében megvizsgáltuk a gyermekek és szülők által fontosnak vélt /kérdések/ magatartási viszonyulások preferáltságának változását a betegség, illetve a pszichológiai gondozómunka időtartamának függvényében.

A vizsgálat lefolytatására a Guilford-féle páros összehasonlítás módszerét alkalmaztuk /Kindler, 1977/.

Az értékelendő tényezőket párosával egymás mellé állítottam oly módon, hogy valamennyi lehetséges páros szerepeljen - és a párosok előfordulása véletlenszerű legyen. Az így megszerkesztett kérdőíveken a szülő, illetve gyermekek minden páros esetében az egyik kérdést preferálták, előnybe helyezték a másikkal szemben.

A vizsgált 9 tényező szülők esetében:

1. A gyermek kívánságainak feltétlen teljesítése
2. Orvosnál a szülői együttérzés nyilvántartása

3. Napi kórházi látogatás
4. Javuláskor munkavégzés
5. Iskolai sikerélmény
6. Fokozott szülői önfegyelem
7. A gyógyulás kilátásba helyezése
8. Testvérrel szembeni előny
9. Hajhiány parókás fedése

Gyermekeknél a vizsgált tényezők:

1. Kórházi foglalkozásokon részvétel
2. Az anya napi jelenléte
3. Tanulásban dicséret
4. Kórházi gyermektársakkal barátkozás
5. Otthoni munka
6. Szülői dédelgetés
7. Rosszullétnél önfegyelem
8. Gyengeségnél is aktivitás
9. Iskolai lemaradás pótlása

A kitöltött kérdőíveket a túlélés időtartama alapján három csoportra osztottuk.

1. Új betegek /a betegség megélt időtartama rövidebb mint egy év/
2. Közepes túlélők /a betegség megélt időtartama 1-3 év között van/
3. Régi betegek /a betegség megélt időtartama hosszabb mint 3 év/.

A kérdőívek alapján preferenciamátrixokat készítettem, melyek nyomán először megállapítottuk az egyes tesztelők, illetve űrlapjaik következetességét, melyek két gyermek kérdőíveit kivéve, mind szignifikánsan következetesek voltak.

Ezután az egyes csoportok eredményeit agregált /összesített/ matrixban foglaltam össze.

Az agregált matrixok alapján kiszámítottuk az egyes csoportok "Kendall"-féle egyetértési együtthatóit is, majd elvégeztük az együtthatók szignifikanciavizsgálatát.

A szignifikanciavizsgálat eredménye megmutatja, hogy az egyetértési együttható mennyire szignifikáns, azaz arra ad választ, hogy az együttható által mutatott értékek véletlen következménye, vagy pedig valóban az ilyenfoku egyetértés a csoport tagjai között a vizsgált kérdésekben.

A szülőcsoportoknál:

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. csoport /új betegek/ | |
| 2. csoport/közepes túlélők/ | $p \leq 0,1 \%$ |
| 3. csoport /régi betegek/ | annak valószínűsége,
hogy az egyetértési
együttható a véletlen
műve. |

Ennek alapján megalapozottan megállapítható, hogy a csoport tagjai között a vizsgált kérdések preferált

sorrendjében nagyfokú egyetértés tapasztalható, vagyis a csoport tagjainak összesített véleményét elfogadhatjuk általános, a csoportra jellemző véleménynek.

A 9 értékelt tényezőt a csoport által meghatározott sorrendnek megfelelően, skálán ábrázoltam.

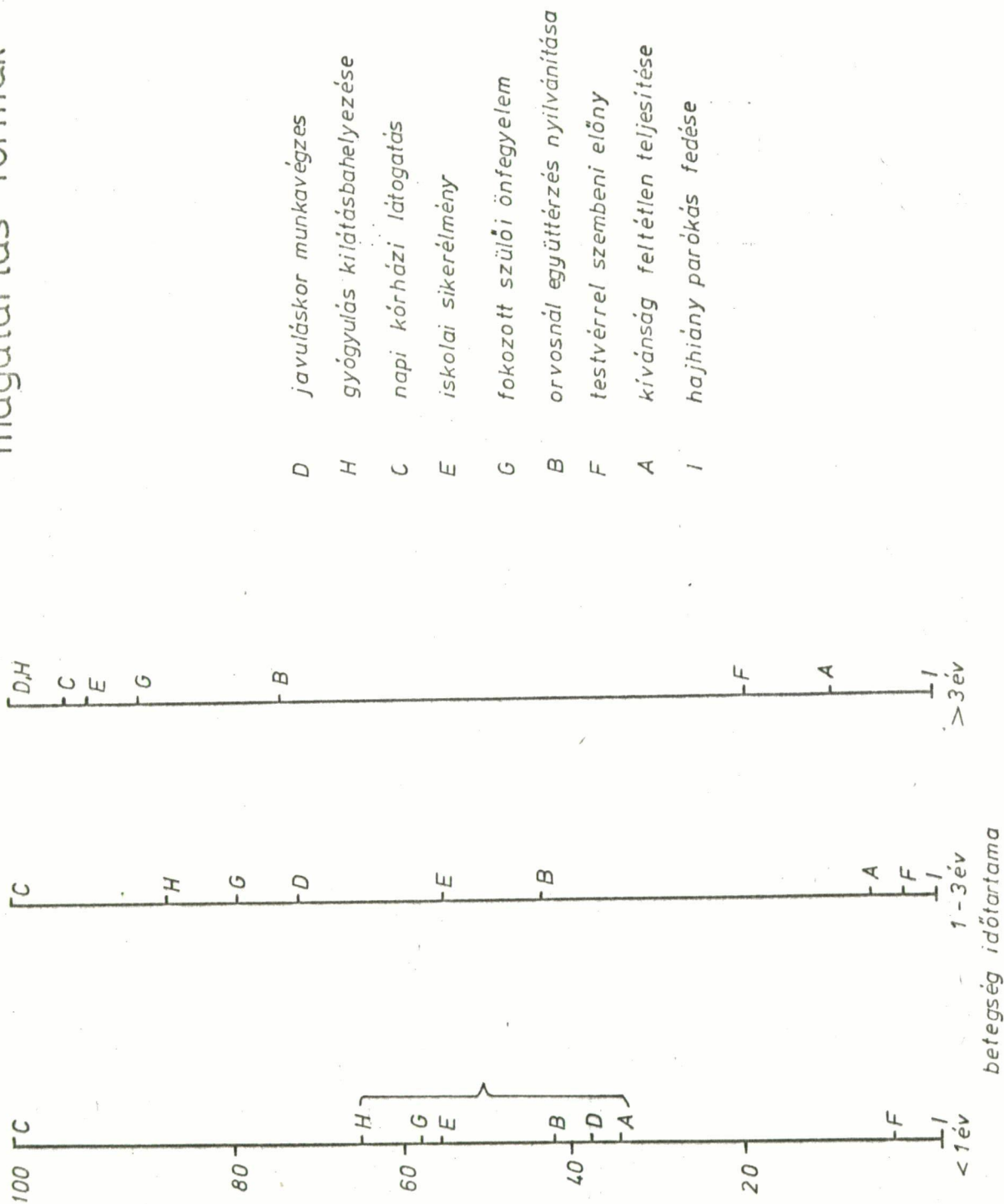
A 13. ábra a szülők részéről fontosnak vélt magatartásformák intervallum-szintű súlyszámskálán történő ábrázolása után látható, hogy

- az általunk megadott választási tényezők rangsorolása - melyek különböző szülői magatartási viszonyulásokat hordoznak - a betegség éveinek növekedésével - ezzel együtt a pszichológiai gondozás időtartamának növekedésével is - változik. A változás tükrözi a betegségből kifelé vezető tevékenységeket magukba foglaló tényezők fontosabbá válását.
- A betegség első évében az egyes tényezők fontosságának megítélése a skálán sűrítve jelenik meg, azaz tagolatlan azok eloszlása. Az idő növekedésének függvényében a tényezők egyre inkább tagolódnak, illetve a skálán egymástól bizonyos távolságra helyezkednek el.

E tényrt azzal is magyarázhatjuk, hogy az emberi idegrendszer - míg egy állapothoz hozzászokik, az előző állapotok meghatározóit /motivációit/ megtartott módon preferálja.

A szülők részéről fontosnak tartott magatartás formák

intervallum szintű súlyzámskála



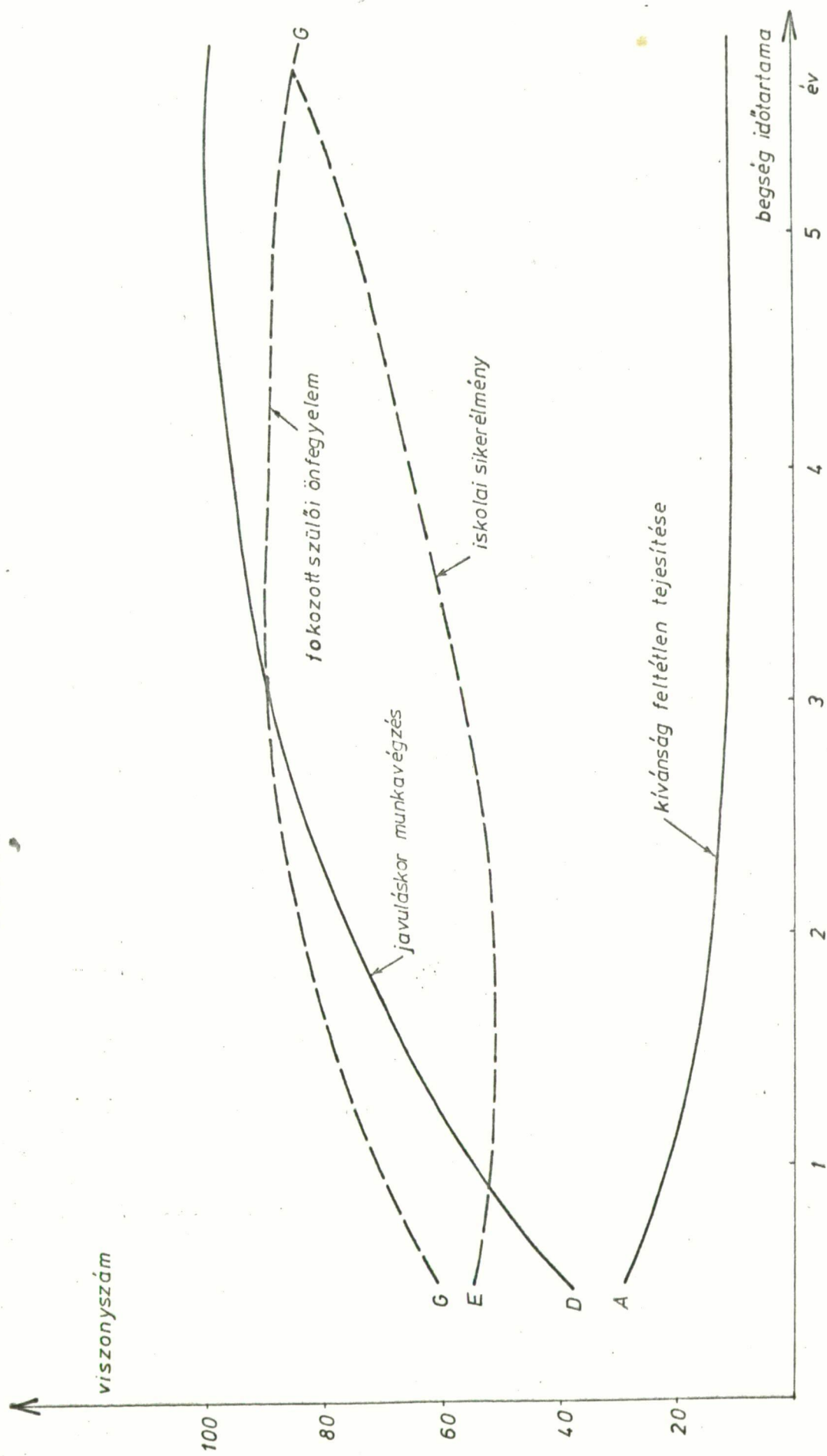
A személyiség adaptációja egy új állapothoz képest időt igényel, s ehhez az idői tényezőhöz kívánjuk mi a gondozói célkitűzéseket úgy hozzárendelni, hogy azok meghatározott súllyal és fontossággal bírjanak. A szülőnek a gyermek betegségéhez való adaptációja lehetővé teszi, hogy a gondozás szempontjából kívánatos pozitív tényezők pozitív rangsort kapjanak a szülői motivációban. E tendenciát a 14. ábra is tükrözi.

A legfontosabb tényezők skálaértékeit a csoport átlagtúlélési idejének megfelelően adtuk meg, ilymódon megrajzoltam a szülők által legfontosabbnak vélt tényezők preferáltságának változását a betegség, illetve a pszichológiai gondozómunka időtartamának függvényében.

A 14. ábra szülők részéről fontosnak tartott saját magatartásformák időbeni változását adja meg, gondozómunkánk tendenciáit is alátámasztva.

A szülői önfegyelem a szükséges mértékű emelkedést mutatja a diagrammon. Itt elsősorban a különböző "double bind" jelenségek csökkenését, és a túlkényeztető attitűd eltűnését kívántam szemléltetni. A túlkényeztető - tehát regressziót keltő - attitűd csökkenését alátámasztja az a csökkenő tendencia is, amely a gyermek kívánságainak feltétlen teljesítésével kapcsolatos kérdésben mutatkozik.

A szülők részéről fontosnak tartott saját magatartási formák időbeli változása



A javuláskor munkavégzés megkívánása /elvárása/ és az iskolai sikerélmények /teljesítmények/ preferálásának tendenciája is emelkedik.

E pozitív irányulások természetesen összefüggnek a remény növekedésével, amit a túlélés nyújt, de a fokozatosan emelkedő elvárási tendenciák a gondozás hatásait is tükrözik.

A gyermekkérdőívek értékelését ugyanígy végeztük.

Tekintettel az aktuálisan bentfekvők életkorára, mindössze 16 fő az ily módon vizsgált gyermekek száma.

A csoportok felosztása az időtartamot illetően ugyanúgy történt, mint a szülőknél.

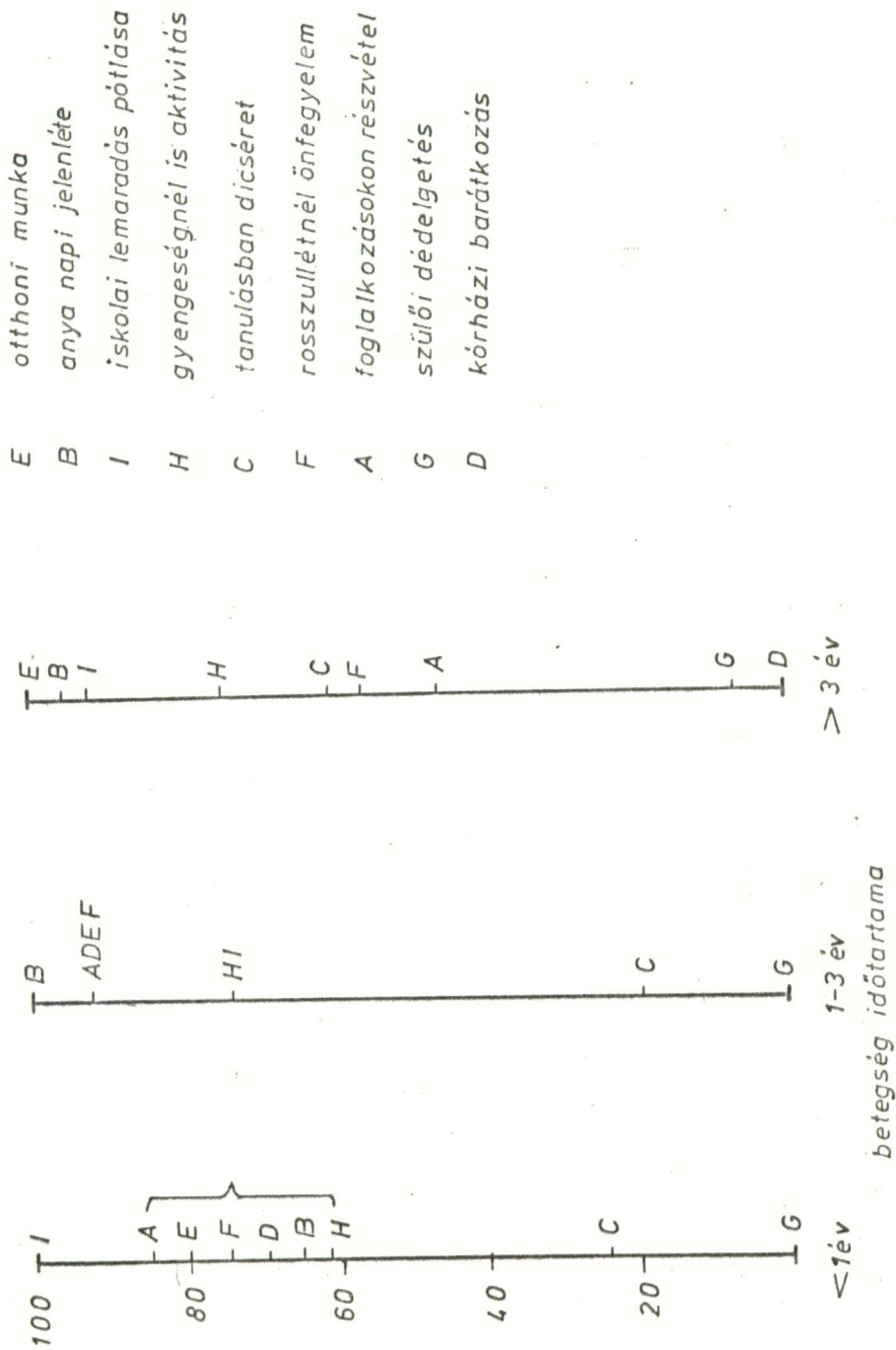
1. csoport /a betegség megélt időtartama kisebb, mint egy év/
2. csoport /a betegség megélt időtartama 1-3 év közötti/
3. csoport /a betegség megélt időtartama hosszabb, mint 3 év/

A 15. ábra a beteg gyermekek által fontosnak tartott magatartásmódok preferáltságának intervallum-szintű súlyszámskálán történő ábrázolását adja meg.

Megállapítható, hogy a kérdések preferáltsága, illetve a tényezők súlyozásának időbeni változása a felnőtt kérdőívek értékelésekor tapasztalt tendenciákhoz hasonló irányultságokat tükröz.

A beteg gyermekek által fontosnak tartott események

intervallum szintű súlyszámskálák



A betegség kezdeti szakaszában itt is megfigyelhető sok tényező tagolatlanul megjelenő elhelyezkedése, amely az előző állapot megtartottságának visszatükröződése.

A betegség időtartamának növekedésével és az új állapotához történő adaptációval a kérdések megítélése a skálán itt is tagolódik.

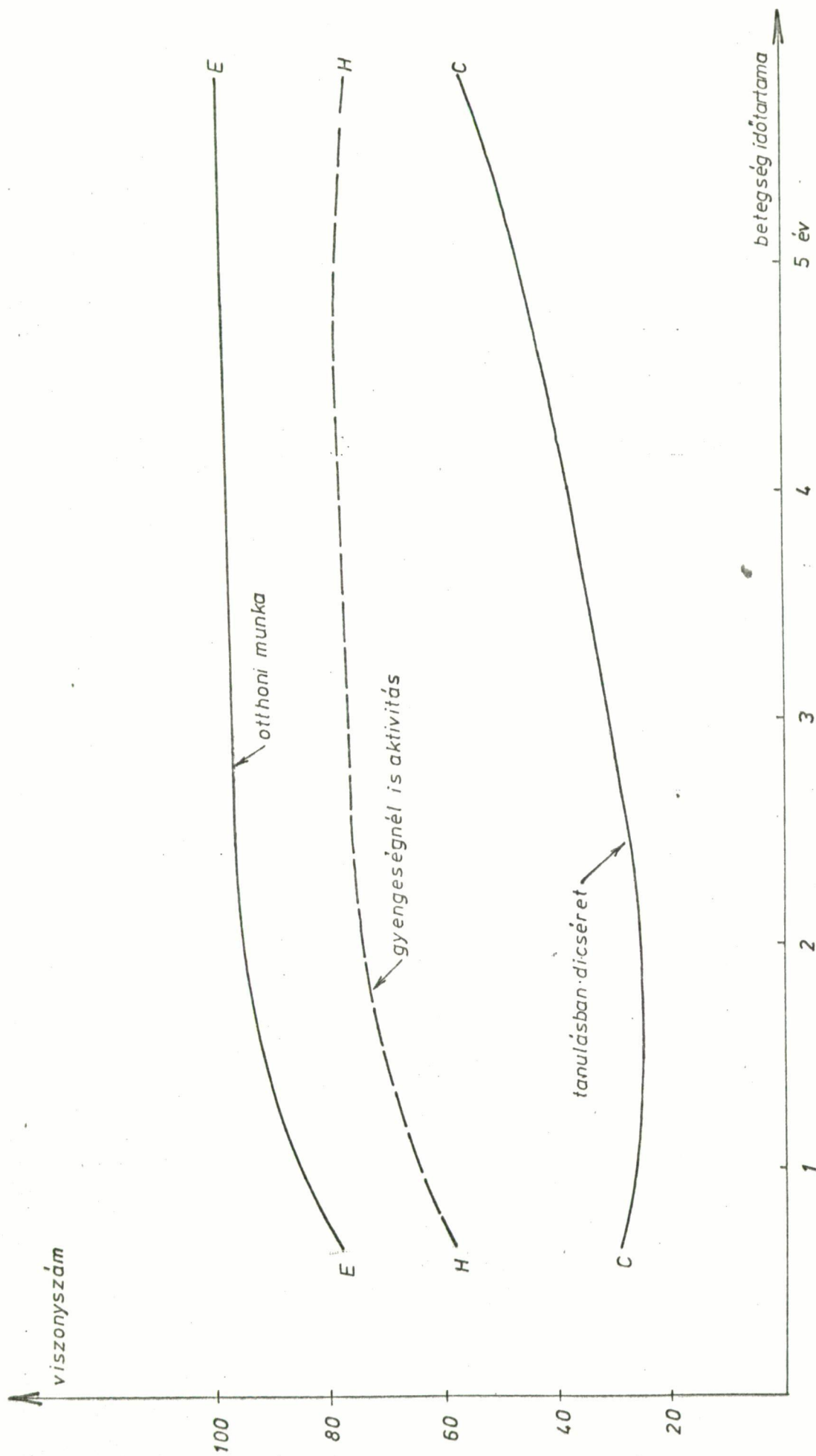
Célunk az, hogy a változást olyan irányban befolyásoljuk, mely a pozitív magatartási megnyilvánulásokat előtérbe hozza a gyermekek motivációiban. Ezzel az aktivációs nívó megtartásával ösztönözzük a betegeket.

A "Kendall"-féle egyetértési együttható szignifikanciavizsgálatának eredményeiből kiderül, hogy a gyermekcsoportok közül csupán az új betegek válaszaik adtak 1 %-nál kisebb valószínűséget arra, hogy az együttható a véletlen következménye. Ugyanezen érték az 1-3 éves túlélési csoportnál $p \leq 6,5 \%$, a 3 évnél hosszabban túlélő csoportnál $p \leq 12,7 \%$.

A 16. ábra a beteg gyermekek által fontosnak tartott események /magatartási viszonyulások/ időbeli változását tükrözi.

Az otthoni munka és a gyengeségnél is aktivitást fokozatosan emelkedő tendenciát mutat. A tanulásban a discséret preferáltsága viszonylag alacsony szintről fut fel emelkedő jelleggel.

A beteg gyermekek által fontosnak tartott események időbeli változása



Ha ezeket a preferenciákat összevetjük a szülők kérdőíveinek tanulságaival, megállapítható, hogy a gondozói munka az elvárásokat és az élet reális célkitűzéseit segít beépíteni, illetve újraépíteni a családoknak.

2.3. A terápia módszertani kidolgozása a POTE Gyermekklinikán

2.3.1 A terápia bevezető fázisa

Malignus betegség diagnózisa közlésének klinikánkon alkalmazott módszerei:

Az orvos, amint biztos a diagnózis, azonnal a tényt közli a szülőkkel, és elmondja, hogy a gyógyulás nagyon bizonytalan, függ az első terápiás effektus sikerétől, a recidiva kitolódástól.

Ennek a ténynek információs értékét - tapasztalataink szerint - a szülők az első közlés alkalmával a maga teljes súlyával nem képesek felfogni. A döbbenet, minden más félelemnél talán erősebb félelem blokkoló hatása után a személyiség különböző elhárító mechanizmussai működésbe jönnek. A "rám nem vonatkozhat ilyen szörnyűség" elhárításként jelentkezik, miközben elindul a menekülési tendencia: utána néznek a szakirodalomban, megbeszélik a tényt más orvosokkal, stb. A krízisállapot összes komponense elővételezhető a pszichológus részéről.

Maga az orvosi közlés /folyamatos diagnózis-közlési mód/ nyitva hagy bizonyos perspektívákat, amely mint a hosszan túlélő esetek bizonyítják, ma már orvosi szempontból - években mérve - nem irrealitások.

A gyermek szomatikus állapotának folyamatos orvosi visszajelzése biztosítja a szülő számára a folyamatos élményfeldolgozást is, amely mint elemeztem, mindenképpen krízishelyzet, illetve magában hordja a katasztrófa veszélyét.

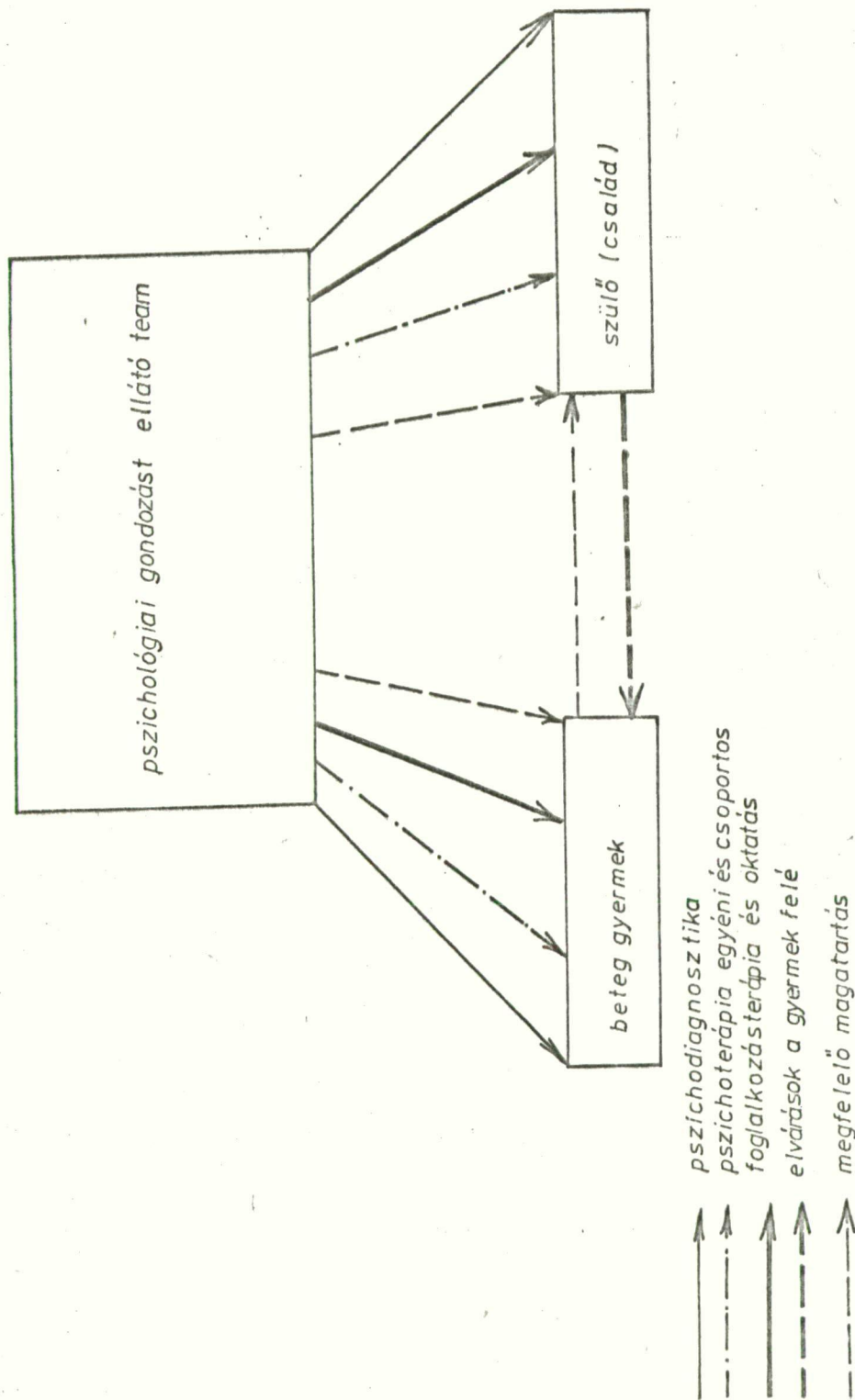
A diagnózis közlésének első fázisában a szülő személyiségében elindul az anticipált tárgyvesztés tudati, majd tudat alá szorított lereagálása. Személyiségarculatától függően keresi a megoldási módokat.

Tapasztalataink szerint a pszichoterápiának itt, ezen az állomáson, tehát azonnal meg kell indulnia, azon a sajátos empátiás kommunikáción keresztül, amelyet meghatároz: /17. ábra/

1. A kórházi környezet alakítása, a beteg gyermek kórházi foglalkoztatása, pszichoterápiája,
2. A pszichológus hitelessé válása, krízisintervenciós terápiás stratégiájának teljes bevezetése,
3. a szülő személyisége.

Általános tapasztalat, hogy a diagnózis közlése utáni fázisban a pszichológus közbelépése, illetve mint később elemzésre kerül - társsá, partnerre válása -

Pszichológiai gondozással kapcsolatos kommunikációk formája és iránya



látszólagos mellékes kérdés még az orvosok számára is. Meggyőződünk róla, hogy az azonnali pszichoterápiás beavatkozás nemcsak szükséges, hanem a későbbi krízis-mélységek és a velejáró zavarokat képes preventív módon csökkenteni. Pszichológusok számára köztudott törvény: a társ a szituációban szorongás-csökkentő hatású.

Egyértelműség végett körül kell határolni ennek az általunk alkalmazott sajátos "társ-partner" kapcsolatnak indokolását.

A pszichológia - mivel viszonylag fiatal tudományág - a társadalmi köztudatban még ma sem egészen tisztázott a maga lehetőségeit, tudományosságát illetően. Gyakori elképzelés, hogy a pszichológus csak "ül és beszélget".

Igen gyakran előfordul, hogy egy szülő idegenkedve fogadja orvos, pedagógus részéről, hogy gyermekének pszichológiai kezelésre van szüksége. A pszichológustól való idegenkedéssel napi gyakorlatunkban számolnunk kell. Amikor egy végzetességet magában hordó diagnózist közölnek valakivel, - szinte természetes reakció - hogy a pszichológust a tárgyhoz nem tartozó, illetéktelen személynek érzi. Az élet van veszélyben, és ehhez képest minden más elveszíti jelentőségét, különösen akkor, ha ilyen tisztázatlan szerepű szakember próbálkozik a közeledéssel.

Az elmondottakból következik, hogy - bár szükségesnek tartjuk az azonnali beavatkozást -, első lépésben nem várjuk, hogy a szülő elfogadja jelenlétünket.

Empátiánk első kommunikációs csatornája: a beteg gyermek kórházi életre való pozitív hatásrendszer, a kórtermi környezet "lehetőségeinek" felkínálása úgy a gyermek, mint a szülő számára. A kapcsolatfelvétel ezen "praktikus" - itt és most, ezt tehetjük közösen a gyermek érdekében - csatornán indulhat el. Így nem vagyunk kitéve a visszautasításnak, hiszen minden szülő bizonyos megkönnyebbüléssel veszi tudomásul, hogy a gyermek életét nemcsak a betegség uralja.

A gyermek foglalkoztatásának, illetve pszichoterápiájának megnyerni a szülőt: mint első célkitűzés, biztosítja azt a közvetlen kommunikációs lehetőséget, amelynek során - anélkül, hogy direkt kommunikációval kellene megnyernünk őt - a pszichológus, illetve az általa képviselt hatások elfogadását is elősegíthetjük.

A terápiás kapcsolatnak ebben az első szakaszában -
- tapasztalataink szerint - a Rogers-i technika alkalmazása lehet vezérlőelv, a következő értelemben:

- terapeuta - mialatt elindítja a szülő aktivizálását és ezzel oldja a kínzó tehetetlenség okozta szorongást, illetve inadekvát kapkodást a beteg gyermek

körül - teljesen a szülő /anya/ belső világára
figyelve első lépésben nem javasol olyat, amely
attól idegen.

A kórházi életbe, a gyermeki alkotói lehetőségek-
be való bevonási kísérleteket egy felkínált kód-
rendszernek tekinti és direkt segítséget, valódi
visszacsatolást első lépésben nem vár. Amikor már
kialakult a szülő empátiája is a pszichológus tö-
rekvései felé, ennek bizonyítékát fogja adni. A
kapcsolatfelvétel szakaszában az elfogadó attitűd-
re törekszünk.

A megértés és átélés teljességére való törekvéssel
elfogadjuk a paciens összes megnyilvánulását /ag-
resszió, elutasítás, nagyfoku labilitás a viszonyu-
lásokban, érzelmi-indulati kitörések, stb./ Minden
olyan viszonyulási sablont kikapcsolunk, amelyekből
negatív, vagy általunk elutasító visszajelzést kap-
hatna.

Rogers un. non — direktív vagy betegközpontu mód-
szere /1944, 1951/: "A pszichoterápia szóbeli kom-
munikáció két vagy több ember között, amelyben a
pszichoterapeuta magatartását a következő viselke-
dési jegyek határozzák meg: "a beteg érzelmi-indu-
lati élménytartalmainak megfogalmazása", "érzelmi
melegség és pozitív értékelés", "hitelesség"/kongru-
encia/.

Véleményünk szerint, ha - első lépésben - a szülők oldaláról is sikerül tevékenységünk iránt empátiás attitűdöt kiváltani, tulajdonképpen megnyertük őket annak a lehetőségnek, hogy az elhúzódó krízishelyzetben idővel magatartási, viszonyulási mintáinkkal azonosuljon, illetve abból beépítsen a reakcióba.

Mivel az empátiás kapcsolat szintjeinek egyik fontos összetevője, hogy a promotív /befolyásoló/ kommunikációt helyesen értelmezzük, saját promotív kommunikációnk a szülő számára értelmezhető legyen. Az ilyen tartalmu terápiás munka során a módszert tudatosan alkalmazhatjuk, természetesen nem szem elől tévesztve, hogy a közlő szándékot a cél érdekében rejtve kell hagynunk. /Buda, 1975/.

Az asszociáció törvényszerűségei alapján - ha jelenlétünk a problémában pozitív emocionális töltésű, elfogadást nyert az anya részéről - látszólag "spontán" hozzákapcsolhatjuk a folyamatos találkozásokhoz azokat a hatásokat, amelyekről tudjuk, hogy az élet hétköznapi, adekvát folyamatosságát biztosítják egy család életében.

Amikor jelenlétünkkel csaknem egybeeső gyakorisággal érdeklődünk - partneri mivoltunkban - az otthoni, a betegség szférájától független praktikus problémákról, számolnunk kell azzal, hogy az anya ezt eleinte elutasítja.

Szintén promotív céllal; "nem ez most a fontos nekem"./ Ennek ellenére - amikor már elfogadást nyertünk - a célzásokat napi szituációkban, mint későbbi asszociációkat, tudatosan belevisszük: így egy idő után jelentünk az anyából spontán is előhívja ezeket a társításokat. Itt részünkről az a promotív szándék húzódik meg, hogy a napi életritmust, a többi családtaggal kapcsolatos gondoskodást, az egészséges gyermek életrendjét, "tessék csak szem előtt tartani" mert ez engem, a pszichológust érdekel, mert nekem is fontos, hogy ne csak itt, hanem otthon is aktív és megtartott legyen minden reális törekvése.

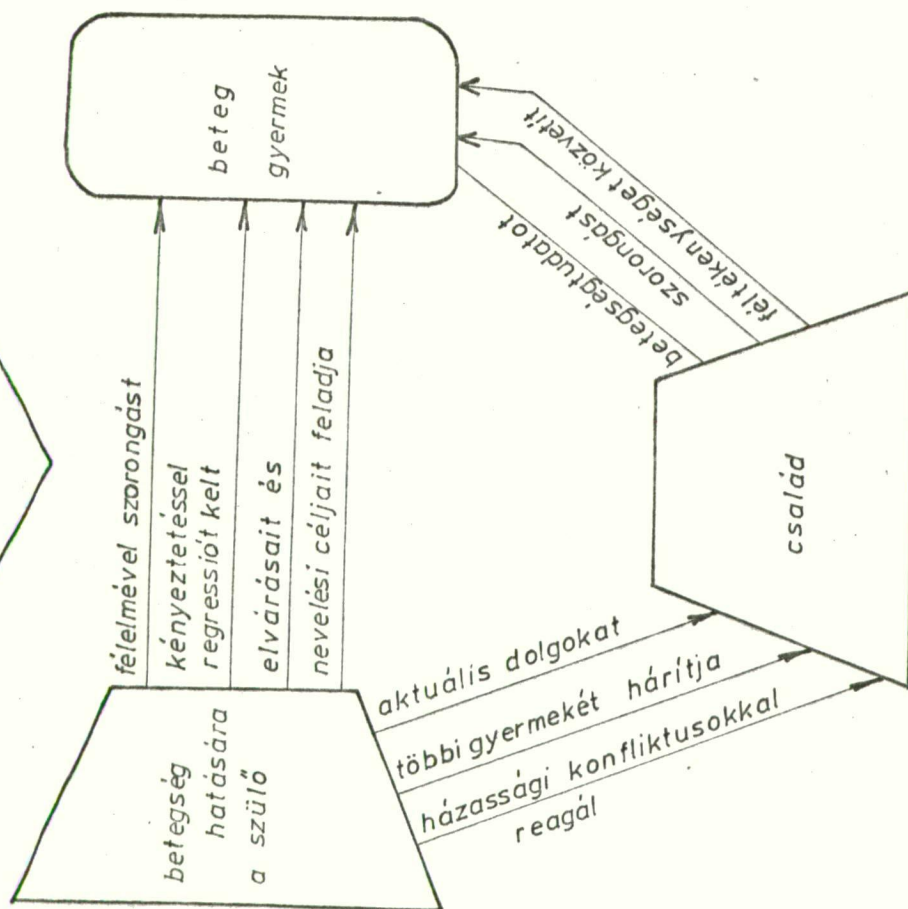
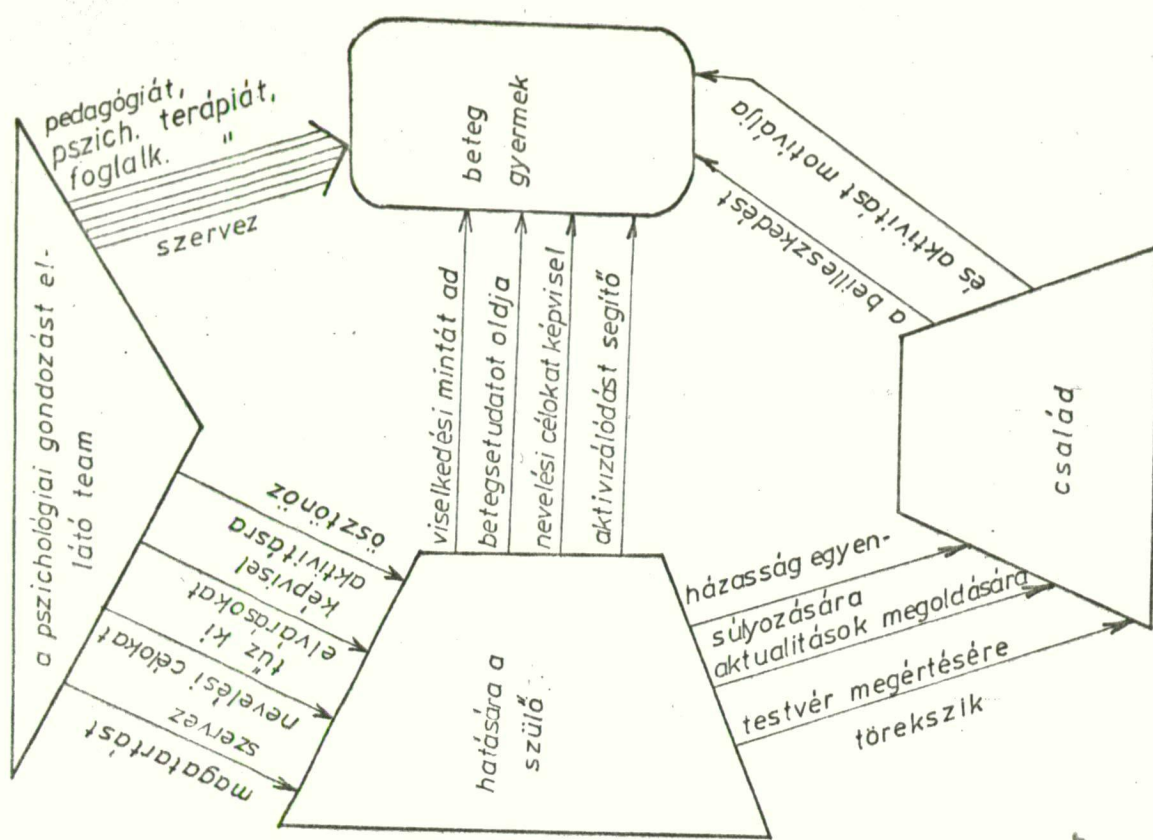
2.32. Belső /kórházi/ terápia

a/ A beteg-szerep feloldásának klinikánkon alkalmazott módjai

Amint elméleti fejtegetésemben megfogalmaztam: A betegségélményköréhez azonnal társított alkotás, játék, tanulási lehetőségek az első megközelítésben promotív jelentőségűek a beteg-szerep manifesztálódását megakadályozó pszichoterápiás manőverezésben.

Amikor a szülő a foglalkozásterápia során alkotó gyermekét látja, idővel fogékonyabbá válik, összezavarodott nevelési programjait újrászervezi, hiszen a betegség kényszerszünete alatt a kórházban is van mihez csatolnia a gyermek produktivitásával, alkalmazkodásával

A pszichológiai gondozás dinamikája



A kórházi foglalkozás – terápia komplex rendszere

a hatás mechanizmusa	terápiában részeseülők	a terápiát ellátók	a terápia eszközei, módszerei
passzív	mindenki	beruházás	a környezet alakítás (kórterem, bútor, alak, szín stb.)
aktív	közvetett	orvos, nővér	testi gyógyítás, gondozás, foglalkozás
	közvetlen	kórtermek nagy csoportok	audió vizuális eszközök (TV, rádió, stúdió, fotó)
	kiscsoportok egyének	pedagógusok	szervezett (iskolai) oktatás eszközei
		foglalkoztatók	irodalom (mesék, versek stb.) zene, éneklés, zenélés, audió vizuális eszk.) manuális tevékenységek: festés, rajzolás, agyagozás, kerámiák készítése, bábozás, egyéb kézimunkák (hímzés, barkácsolás) és csoportjátékok játzsóeszközökkel társasjátékok, „vendégeskedés”

kapcsolatos elvárásait. A gyermek önmegvalósító tevékenységének pusztá szemlélése is promotív hatású: a "lásd, mit csináltam, milyen okos és ügyes vagyok, láss. úgy, mint azelőtt" összetevőit hordozza.

A gyermek körül szervezett tevékenységi lehetőségek, valamint a pszichoterápia előre megtervezett és a szülő személyiségére szabott promotív hatásrendszere megteremti a közegét a betegségtudat oldását célzó meggyőződésnek, és az adaptáció, kompenzálás megkezdésének. Mindezt az óvodára, iskolára való kiterjesztéssel igyekszünk teljesebbé tenni, hogy a krónikusan /malignusan/ beteg gyermek körül a reális életszintér megfelelő hatásait is megszervezzük.

Gyakorlati tapasztalataim szerint azonban nem elegendő a jószándéktól vezérelt foglalkozási, játék és tanulási lehetőségek biztosítása. Mindezen programok megvalósításának fontos elméleti és tárgyi feltételei vannak.

Ara törekszünk, hogy az egyes foglalkozások, oktatási programok, játék-, kreatív-, művészeti-terápiás eljárások egymással összefüggő, egymást kiegészítő és egymással visszacsatolós kapcsolatban lévő folyamat legyenek. Mindez folyamatos pszichodiagnosztikai munkát is igényel, valamint azt, hogy heterogén beteganyag számára biztosítsuk az egyidejű és egyénekre

szabott kompenzációs, alkotási, tanulási és pszichoterápiás lehetőségeket.

/L. III. sz. melléklet/.

b/ A kórházi élet izolációs hatásainak oldása

1. A kórtermi környezet homogenitásának kivédése színekkel, formákkal, a tér átrendezésével. Klinikánkon közel egy évtizede indult meg az a törekvés, hogy a homogén színhatásokat kivédjük /Polcz, 1970/. A kórterem és folyosó falakat sajátkészítésű mese-illusztrációk és egyéb gyermekrajzok díszítik, amit időnként cserélünk.
2. Megvalósítottuk a kórtermi foglalkozás - és művészeti terápia valamint a kórházi pedagógia hatásainak folyamatos összekapcsolását.
3. Kiscsoportok szervezésével elősegítettük a különböző rivalizálási tendenciák és interperszonális kapcsolatok fenntartását és erősítését.
4. Kialakítottuk és megszerveztük az oktatást és kreatív terápiát hatékonyra tevő korszerű audiovizuális rendszert a sebészeti és az onkohaematológiai osztályon.
5. Törekedtünk megfelelően motivált és képzett foglalkoztatók /Tanárképző Főiskolások/ bevonására, akik a pszichológus és a klinikán oktató pedagógusok munkájával összehangolt foglalkozásokat terveznek és vezetnek.

c/ A kórházi pedagógia pszichológiai jelentősége

A kórházi pedagógiát még olyankor is rehabilitációs értékűnek tartjuk, amikor a gyermek csak átmenetileg szorul gyógyintézeti elhelyezésre. Ennek oka elsősorban az, hogy a betegséggel járó akárcsak átmeneti zavarokat is azonnal kivédi a maga hatásaival.

Klinikánkon az iskoláskorú gyermekek oktatását a Pécs Városi Tanács anyagi támogatásával - a Köztársaság--téri Általános Iskola pedagógusai látják el, heti 12 órában.

Jelentősége krónikus betegség esetén:

1. Az oktatás segítségével könnyebbé válik a beteg gyermek adaptációja az otthoni és iskolai környezetből a kórházi környezetbe, és fordítva: a kórházi környezetből a megszokott otthoni, iskolai környezetbe.

Az adaptációt apróságok is segítik, a hasonló napirend:

délelőtt tanulás

ebéd

pihenés, játék

délután egyéni tanulás másnapra /Har-

sányi, 1973/.

2. Hosszantartó betegség frusztrálja, illetve elmoshatja a fejlődő gyermeki személyiség bontakozó szerep-önmegvalósítási lehetőségeit.

Iskoláskorú gyermekek számára az iskolában betöltött szerepek, az ott tapasztalt sikerek és kudarcok, csoportviszonyulások adják az önmegvalósításnak azt a lehetőségét, amit a felnőtt a hivatásában, a munkahelyén él meg naponta.

Kórházi oktatás-nevelés azt is jelenti, hogy az időszakosan elveszített önmegvalósítási lehetőségek folyamatossága biztosítva van.

3. Fontos vetülete, hogy hosszantartó kiesés esetén is hozzájuttatja a gyermeket az alapl^uveltséghez, illetve szükség esetén a céltudatosan összeállított szakmai előkészítéshez, pályaaorientációhoz. Az alapl^uveltség biztosítása, a pályairányultság segítése, ellenőrzése, motiválása, a betegség természetéhez történő adaptálása az Én-indentitás fontos bázisa akkor is, ha a gyermek életét a betegség egyébként dezorganizálná.
4. Különleges jelentősége van az intellektuális kompetenzálásnak, az elveszített pattern-ek céltudatos beépítésének mesterséges, kórtermi körülmények között.

Nem biztos, hogy egy átlagos műveltségű környezetben élő 9-10 éves gyermek otthoni milieujében pl. naponta hall szimfonikus zenét, illetve ezzel kapcsolatos információkat.

Azok az eszközök és lehetőségek, melyeket kórházi környezetben pszichoterápiás, illetve foglalkozásterápiás célkitűzéssel teremtettünk meg, egyúttal a kórházi pedagógia számára is biztosítják, hogy a tantervi követelmények mellett egy többletműveltség gyermekekre szabott változatainak alapját is bevigyék az ismeretszervezési folyamatban.

5. A kórházi oktatás szociális jelentősége: abban az esetben, ha a betegség éve alatt az alapműveltség is hiányos, egy testileg gyengébb embernek szinte lehetetlen a megfelelő társadalmi szerep megvalósítása. Nem lenne méltányos, hogy betegség miatt alacsonyabb szociális nivóra süllyedjen az a gyermek, akinek gyógyítására egyébként egy korszerű egészségügyi hálózat tesz humanista erőfeszítéseket.

A gyermek személyiségfejlődésének jobb prognózisát teremti meg az a tény, hogy az oktatás-nevelés kórházi körülmények között is segíti az intellektuális pályák felé való orientálódását.

6. Fontos tényezője a félelem-szorongás oldásának, mivel napi feladatvégrehajításra ösztönöz, s a betegség okozta debilizáló szorongást a produktivitás facilitáló szorongásává képes áttanszponálni. Mivel a kórházi élet, valamint ennek kisugárzása az otthoni milieure, mindenképpen izolációt jelent,

felfogásunkban az elveszített pattern-ek célzott és mesterséges pótlása elengedhetetlenül szükséges.

Ezt a célkitűzést különösen a művészeti-kreatív terápiával összekapcsolt ismeretközlés segítségével igyekszünk megvalósítani. A különböző manuális tevékenységek /festés, kollázs, montázs, batikolás, agyagozás, kerámiakészítés, bábok, terménybábuk készítése, rajzolása stb./ lehetővé teszi a színekkel, formákkal való ismerkedést, a nagyobb gyermekeknél ezt a folyamatot a különböző képző és iparművészi ismeretekkel, reprodukciók bemutatásával igyekszünk összekötni. A különböző anyagok megmunkálása során a fantázia mobilizálása mellett a gyermekek megkapják a homogenitást oldó ingermintázottságnak bizonyos szintű pótlását, s a gyermekmunkákkal történő dekorálás biztosítja, hogy a környezet formálásának is aktív részeseivé válnak. A folyosón és kórtermek falain az elkészült "műveket" /képeket/ kiállítjuk.

Az irodalom ismeretközlő, szórakoztató és személyiségformáló hatását a kórházi oktatáson kívül is alkalmazzuk. A különböző mesék, versek, egyéb irodalmi alkotások életkorhoz alkalmazkodó változatait - amennyire lehet - hozzákapcsoljuk a manuális tevékenységhez.

Ugyanez vonatkozik a különböző zenei műfajokra is.

A sebészeti és az onkohaematológiai osztályunkon a fog-

lalkozásainkat és a gyermekek kreativitását a program keretében megvalósított zártláncú házi stúdió is kiegészíti. Maga a rendszer kétcsatornás, amely azt jelenti, hogy egyidőben hangszórókon és az ágyakhoz csatlakozó fejhallgatókon más-más műsor adható,

A stúdió sajátos pszichológiai hatásának elemzéséről azért tartom szükségesnek részletesebben szólni, mert tapasztalataink szerint a kreativitásnak új módjait teszi lehetővé kórházi körülmények között, valamint az akusztikus ingerek gyermekre szabott biztosítása, s ezek bekapcsolása a napi életbe, sajátos lehetőségekkel bír.

Az akusztikus ingerek természetéből adódik, - szemben a vizuális ingerekkel, hogy nem igényelnek teljes odafordulást. Pl. festés közben lehet verset, zenét hallgatni. A képi ingerek, pl. televízió-nézés közben viszont nem lehet az odafordulás csökkenése nélkül festeni.

Kórtermi körülmények között a tevékenykedő gyermekek látványa nem biztos, hogy pl. a munkájával elfoglalt orvos, nővér interakcióit kiváltja, legfeljebb egy-egy közlés erejéig. A stúdión keresztül sugárzott - gyermekek által szerkesztett - kívánságműsor viszont az ápolást végző személyzet számára is úgy szól, hogy tevékenységüket nem kell megszakítani. Emocionálisan

közös élmény részesévé teszi a hallgatóságot, s olyan interakciókat hív elő, melyek a kórtermi légkört pozitív módon befolyásolják.

A hanghatások speciális és célzott alkalmazása lehetővé teszi, hogy az ágyhoz kötött és mozgásukban erősen korlátozott gyermekek is aktív részesei legyenek a napi foglalkozásoknak. Egyéni produkciók, versek, énekek, gyermekek által kollektív módon szőtt mesék, történetek rögzítése, majd csoportok, vagy fejhallgatókon át egyének számára történő visszajátszása is számbajöhet. Sikerélményt nyújt, továbbá verbális és zenei kreativitásra ösztönöz.

Pszichoterápiás értékű, félelemoldó, identifikációt elősegítő, katarzist nyújtó - egyénre szabott - irodalmi és zenei műsor sugárzása mellett a kórtermi oktatás számára is hatékony szemléltető, illetve demonstráló eszköz.

Különleges pszichológiai hatása még, hogy lehetővé teszi a megmutatkozást, önkifejezést akkor is, ha a vizuális megjelenítés valamilyen deformálódás miatt frusztrált. Itt példaképpen megemlítem azt az 5 éves kislányt /H.Krisztina, dg. mellékvesekéreg túlműködés - hypophysis tu/, akivel kapcsolatos pszichoterápiás tapasztalatainkat a fejezet végén mellékletként csatolom.

/IV.m./

A különböző foglalkozásterápiás műfajok a pszichodiagnosztika és terápia számára egyéni és csoportos vonatkozásban egyaránt információkat adnak, s lehetővé teszik a gyermekek tevékenységének megnyilatkozásokon keresztül történő megismerését.

2.33. Külső /család/ terápia

a/ Krízishelyzetben élő szülők attitűdjeinek elemzése

Pszichoterápiás célkitűzéseink gyakorlati megvalósításához szükséges volt a szülők gyermekkel kapcsolatos attitűdjének folyamatos nyomonkövetése, illetve a megváltoztatásra irányuló törekvések rendszer^{eser}ű felépítése, és a hatásoknak az attitűdök természetét ismerő alkalmazása.

A krízisállapotban élő ember - ha a krízis elhúzódik, és be kell építenie életébe - a krízis által determinált attitűdöt veszi fel, amely ebben a szituációban is segíti egy viszonylag "normál" állapot fenntartásában.

A betegségre beszűkülő szülői attitűd veszélyeit előző gondolatmenetünkben elemeztük. Ebben a pontban az attitűdökkel kapcsolatos általános elméleti ismeretek /Halász, 1979./, valamint a rájuk épülő hipotézisek gyakorlati megvalósítását, megvalósíthatóságát kívánom bizonyítani.

Munkámban az attitűdök elemzése során - melyet a "pszichológus" a bővülő információs anyag birtokában végzett - a szülők mentális, idegi állapotát, valamint azok tapasztalatokon át szerveződő, irányító, befolyásoló aspektusát emeltük ki elsősorban.

1. Mivel a szülők mentális, idegi állapota, az élet eddigi nehézségeihez képest is, a legsúlyosabb veszteség elővételezését kénytelen elviselni - természetesen olyan emócióval terhelt, - melyeknek szélsőséges ingadozása, egymásba való átcsapása várható.

A beteg gyermekkel kapcsolatban az eddigiekhez képest új attitűd szerveződik, amely terápiás beavatkozás, illetve folyamat nélkül a válaszolási készséget a maximálisra felerősíti a gyermek irányába. A szülő - saját személyiségét szinte feladva - az élet többi területével kapcsolatos attitűdjeit gyakran negálva, kiemelten a betegség köré szerveződött attitűdöt teszi meg vezérlőelvévé.

Mint a krízisállapotoknál elemzésre került: a krízis velejárója az élet rendezőelveinek felborulása, kapcsolódva válogatás, többletzavarok, stb. Amikor a szülők attitűdjeit vizsgáltuk, illetve a problémát e nézőpontból is elemeztük, azoknak a beteg gyermekek köré szerveződött attitűdjeit krízisdeterminálnak találtuk.

2. Pszichodiagnosztikai munkám során a személyiség krízis előtti attitűdjeinek lehetséges feltárásával céltom annak tisztázása volt; milyen funkciót tölt be a jelenlegi /betegség kapcsán kialakított attitűd/ a szülő életében.

A tapasztalt variációk:

A személyiség úgy éli meg, hogy célja megvalósításához jelenlegi attitűdje instrumentális. /Cél-eszköz analízis; S-R/

/Ez az attitűd úgy jelenik meg, hogy a beteg gyermeket "amig lehet" - jelszóval felfokozott gondoskodással veszi körül./

Itt azt kell figyelembe vennünk, hogy a túlkényeztetés megváltoztatásához a módot kell megváltoztatnunk, ahogyan a személy a célt értékeli. A szülők megnyerése és aktivitása a foglalkozásterápiás tevékenységi módokkal kapcsolatban a cél-eszköz rendszer megváltozását hozza magával. A foglalkozásterápia és kórházi pedagógia direkt és indirekt terápiás hatások folyamatos biztosításával elérhető, hogy a szülők:

- regressziós tendenciájuk helyett a célt /a gyermek szeretete/ másfajta instrumentalitással valósítsák meg.

Ezzel a folyamattal csaknem törvényszerűen együtt jár, hogy a cél szempontjából fontos tennivalók

instrumentalitásának észlelése is ennek megfelelően változik.

- az attitűdök Én-védő funkciója:

Pszichodiagnosztikai munkám során nem mulasztottam el annak felvetését: hogy a beteg gyermekre centráló szülői attitűd milyen mértékben tölti be az Én-védő funkció szerepét.

Eddigi munkánk során szerzett általános tapasztalunk, hogy a külső-kontroll típusú személyiség - gyermekének malignus betegsége kapcsán-felfokozottan éli meg az elmulasztott gesztusok és lehetőségek miatti bűntudatot.

Mint azt fejezetünk bevezető gondolatában írtam: a krízis "sorsforduló"-t jelent. Az egyén megméri.

Különösen az anya-gyermek kapcsolat előtörténetében fellelhető -akülső-kontroll által determinált személyeknél - fokozottan jelentkező "double-bind"-szerű jelenségeknek - az egyén által aktuálisan belépő "még-mérés" okoz bűntudatot.

Tapasztalataink szerint: ilyen esetekben a túlkényszerítő, minden más vitális elvet félredobó szülői attitűd mögött kifejezetten az Én-védő funkció fedezhető fel /"amíg lehet, helyrehozom"../.

Pszichoterápiás munkánk során:

- a büntudat oldása /Rogers-i technikával/
 - a pszichológiai jellegű ismeretközlés segítségével a meggyőzés és tudatosítás minél szélesebb skálája bevezetésével,
 - olyan önismeretet segítő attitűd beépítésére kell törekednünk, amely a lehetőség szerint úgy generalizálódik, hogy a személyiség elfogadva a jelenlegi szituáció ésszerű lehetőségeit,⁰² egészséges, vagy az ezután vállalandó gyermekei felé az általunk is képviselt, helyes attitűdöt építi be személyiségébe.
- Önismeretének fokozására törekszik azzal is szembe-sítjük, hogy az embivalenciák velejárnak az emocionálisitással, s megszüntetésükre a tudatosság magasabb foka szükséges.

Krizisterápiás stratégiánkat úgy kell szerveznünk, hogy mindig szem előtt tartsuk a személyiség magasabb nivóra való emelkedésének lehetőségét /Szilárd, Kézdi, Buda, 1977, 1978./

Amikor az eddig elemzett szülői attitűdök adaptív funkcióit befolyásolni kívánjuk:

- az empátiás kommunikáció közegében mozogva
- folyamatosan szervezzük a gyermekek és szülők számára
- azokat a reális tevékenységben megvalósuló tapasztalatokat

- melyek adekvát aktivitási lehetőségeket biztosítva
- szülő és gyermek számára egyaránt a szituációból kifelé mutató, az élet normális és sikerélményt is biztosító, önmegvalósító, tevékenységi lehetőségeit is képviseli.

Az attitűdfunkciók ökonómiai /ismeret/ - oldalát pszichodiagnosztikai elemzőmunkánk során úgy tekintjük, hogy a valóságos komplexitás túlzott leegyszerűsítése is különösen adaptív jellegű.

Tudjuk, hogy az általunk elemzett szituációban a személy megrendítő információkat kap - a tárggyal -, jelen esetben a gyermekkel kapcsolatban. Attitűdjét, mely a krízis által meghatározott s így ellentmondásos, azonnal úgy szervezi, hogy a megrendítő ismeretek ellenére, saját adaptációja valahogy megmaradjon.

Mint már kifejtettem, ez az adaptáció spontán módon könnyen kóros irányba terelődhet, mert az elfogadhatónál túlzottabban szimplifikálja a valóság egyéb oldalait /értékes célok eldobása/.

3. A terápiás munka folyamán - az adaptív Én-védő instrumentális és ökonómiai funkciók alapos elemzése után - egész gondozói tevékenységünknek olyan kognitív újraszervezésre kell törekednie, amely:

- az önbelátás
- és katarzis útjain -akatasztrófa-modell szerint
 - az összeomlásból a normál magatartás szintje, a lelki egyensúly irányába emeli.

A krízisből kivezető út - az általunk is szervezett, rendeződési dinamika - feltétlenül megkívánja, hogy az egyén az általunk képviselt hatásokkal, illetve viselkedési mintákkal konfrontálódjék.

Az ingertárgyakkal történő konfrontáció két típusát különböztetjük meg /Halász, 1979/:

- az a tapasztalat, amely egyes traumatikus, vagy kirívó incidensek formájában valósul meg,
- az a tapasztalat, amelynek formája az ismétlődően felhalmozódó kontaktus.

Mivel a kirívó, traumatikus élmény a szülőt fogékonyrá teszi a spontán attitűd-váltásra, a már elemzett azonnali és folyamatos beavatkozással preventív céllal is - a felhalmozódó kontaktusra és tapasztalatra támaszkodva, - elősegítjük az élet normális továbbvitelét célzó, helyes attitűd szerveződését.

Ha a tapasztalattól azt várjuk, hogy növelje a konfrontáció esélyét, akkor a kontaktusnak

- hosszantartónak,
- egyenlő státuszon alapulónak /szim^metrikusnak/,
- hasonló ideológiai rendszerűnek kell lennie.

A malignus betegség elhúzódása /krízis elhúzódása/ biztosítja a hosszantartó kontaktust.

A már kifejtett sajátos, kétoldalú "társ"-i viszony-
nyal az egyenlő, vagyis legalábbis hasonló státusz
követelményeinek igyekszünk megfelelni. Természe-
sen ehhez szükséges, hogy a beteg gyermekkel kapcso-
latban a szülő meggyőződjék mély átélőempátiás kész-
ségünkről, s hiteles legyen számára, hogy ugyanazt
a megrendülést érezzük, mint ő. Ehhez pedig fontos,
hogy gesztusaink és verbális megnyilatkozásaink fed-
jék egymást.

A hasonló ideológiai rendszer követelményeinek csak
akkor felel meg az általunk szervezett szituáció, ha
terápiás tevékenységünk a meggyőzés, és önbelátás elő-
rejutásával olyan motivációkat teremt a szülő érzelmi
háztartásában, melyek a mai nevelési attitűdünket
identifikálják bennük. Tapasztalataim szerint nem ele-
gendő a spontán azonosulás, hanem adott esetben kog-
nitív szinten disszonanciát kell teremtenünk a reg-
ressziós megnyilvánulásokkal szemben, s a pszicholó-
giai ismeretterjesztés minden eszközével el kell ér-
nünk, hogy a szülők belássák: a gyermek életében adott
esetben rövid idő alatt kell a lehetséges önmegvaló-
sító helyzeteket megteremtenünk, hiszen az emberi lét
alapja az alkotás, a munka, s a velük együtt járó si-
kerélmények.

Amikor azt tapasztaltuk, hogy a szülők azonosultak ezzel a tendenciával, elértük, hogy a jelen esetben legfontosabb ideológiát, a betegség-tudatot oldó nevelési attitűdöt velünk együtt vállalják és éljék.

b/ Terminális stádium és a szülői attitűdök

A terminális stádium időszakában a később felvázolt lehetséges szülői reakciótípust a krízisállapot folyamán kialakított attitűdök is befolyásolják. A gyermek közelgő exitusa olyan szomatikus változásokkal jár, amelyeket a szülő rendszerint akkor is észrevesz, ha ezt tudati síkon elfogadni képtelen.

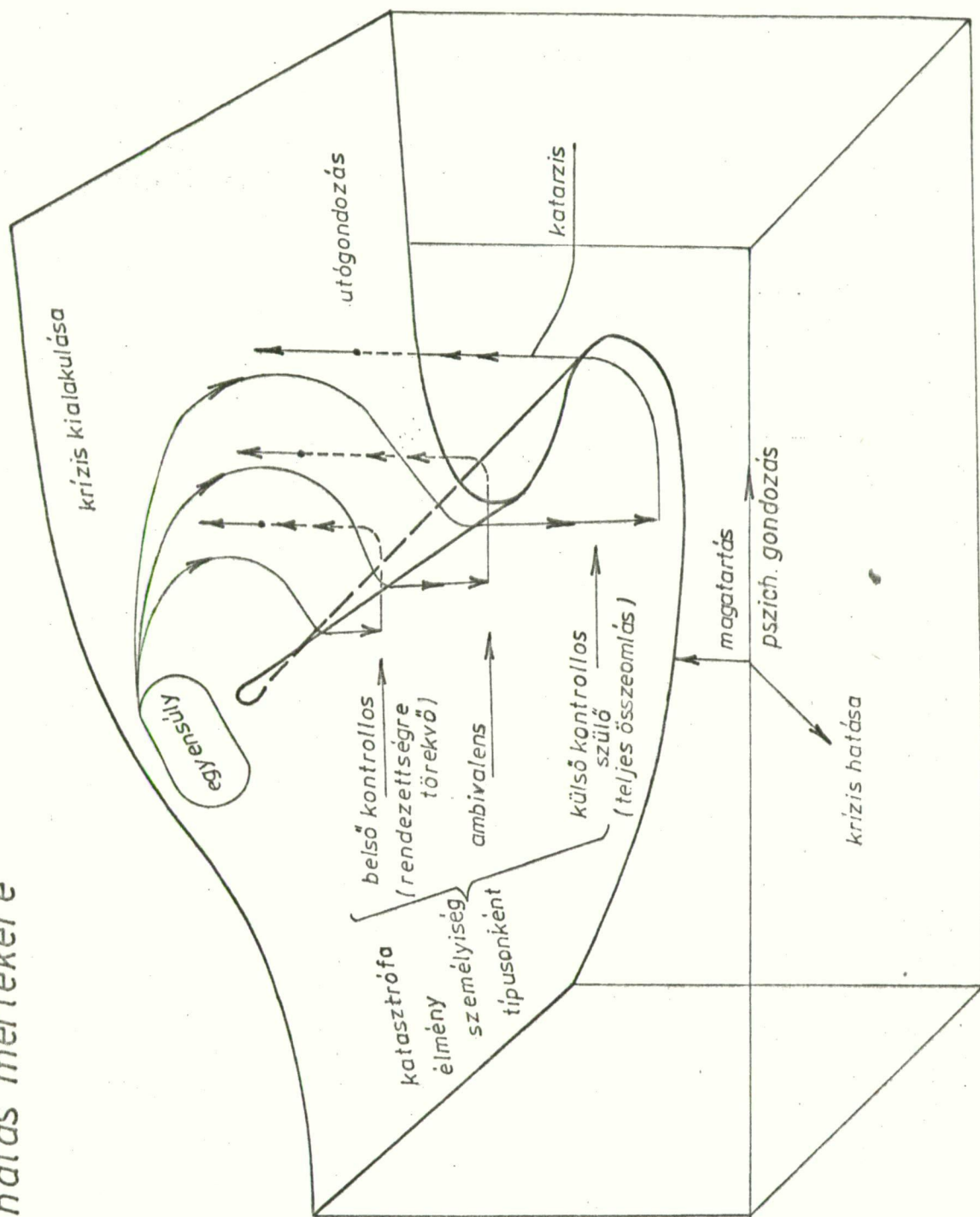
Gyakori jelenség, hogy verbális közlései ellene mondanak gesztus-illetve cselekvésbeli közléseinek. /A gyermek esetleges gyógyulásáról beszélt, és ennek ellenére üzletekben megfelelő méretű gyászruhát keresett/.

Mint említettem, klinikánk gyakorlatában az orvosi közlések a folyamatosság elvét követik. Amikor a terminális stádium közeledését előrevetítő negatív szomatikus leletek egyértelműek, az orvos közli a várható eseményt.

Tipikus szülői reakciók:

- teljes összeomlás
- a fent említett "kettős magatartás" /ambivalencia/
- rendezettségre törekvő /belső kontroll által vezérelt/ magatartás. /20. ábra/

A személyiség típusok befolyása a krízis és intervenció hatás mértékére



Folyamatos pszichológiai gondozás és pszichoterápia esetében a pszichológus a szülő személyiségének és attitűdjeinek ismeretében, általában anticipálni képes azt a három magatartási dimenzió közül, hogy melyik típusu, milyen fokú katasztrófaélmény várható a szülő részéről.

Egész eddigi pszichoterápiás munkánk arra irányult, hogy a közelgő katasztrófaélmény kompenzálására a válságszintről a normál magatartás szintre történő felemelkedésre /katarziszra/ fogékonnyá, alkalmassá tegyük.

A személyiség adott lehetőségein belül - a spontán kifutási és rendeződési dinamikára is támaszkodva, a folyamatos hatások elvét követve

- | | | |
|------------------|---|--|
| - jelenlétünkkel | } | hatásainkkal és a már elemzett mély empátián alapuló kommunikációval |
| - direkt | | |
| - promotív | | |

felerősítve, a szülővel együtt végigélve /társ!/, végigkísérjük a terminális stádium és exitus minden állomását, úgy, hogy a szituáción kívül eső célokat, feladatokat állandóan képviseljük. /Házasság, egészséges vagy ezután vállalandó gyermek, hivatás, stb./ mint utógondozás.

Terminális időszak során alkalmazott módszerek

1. Folyamatos, /akár éjszakába nyúló!/, jelenlét, vagy a jelenlét folyamatosságának hiányában: az odafor-

- dulás hiteles bizonyítása, telefon, érkezés ki-
látásba helyezése, üzenet, stb. formájában.
2. Jelenléttel együtt a haldokló gyermek felé való
gyengéd búcsúzó, tárgyvesztéses identifikációt
hordozó attitűd képviselése.
 3. A szülő érzelmi kitöréseivel kapcsolatos elfogadó,
mély empátia bizonyító, meghallgató, beleérző ma-
gatartás.
 4. A gondoskodás /praktikus tennivalók/ minden lehe-
tőségének megragadása és bizonyítása.
 5. Az exitus bekövetkezte utáni közvetlen tennivalók
részleges átvállalása, megszervezése, segítése
/1. V.sz. melléklet/.
 6. A különböző szülői magatartástípusnak megfelelő,
differenciált utógondozás, mely alatt azt értjük,
hogy a kapcsolat folytonosságának a családdal va-
ló törődésnek igényét hitelesen képviseljük, s ez-
zel kapcsolatos célirányos motivációkat teremtünk
a szülő érzelmi háztartásában.

c/ Házastársi kapcsolatok

A beteg gyermekre centráló és beszűkült anya ritkán
képes érzelmileg elfogadni, illetve - ha el is fogad-
ja - feldolgozni, hogy a szexuális aktus bevált fe-
szültségredukciós mód a férfiak számára.

Anyákkal készített interjúk tapasztalatai alapján kimondhatjuk, hogy megelőző jellegű pszichoterápiás manőverek nélkül a legtöbb nő büntudatot érez a szexuális igények megmaradása miatt és a beteg, szenvedő gyermek tudattal^{an} megcsalásának érzi az orgazmussal járó élményt. Ilymódon - a büntudat hatására - kialakít egy olyan elhárító rendszert, amely vagy eleve kizárja a szex elfogadását, vagy ha kényszerűségből elfogadja, kiiktatja önmagát a helyzetből.

Ennek a mechanizmusnak a bejáratódása felerősíti azokat a meglévő, és eddig gyakran különböző kompenzációkkal elrejtett feszültségeket, melyek a házastársi kapcsolatban eddig is meghúzódtak. Amikor a szülőkkel már kialakult az empátia, és kapcsolat jön létre az egész családdal, napirendre tűzzük - szintén felvilágosító, de az egyén intellektusához, egyéb tulajdonságához adaptált - beszélgetések formájában a problematikát.

Ha a párkapcsolat előzőleg viszonylagosan megfelelő volt, gyakran egy beszélgetés segít megoldani a problémát. Erre a kérdésre is vonatkozik az előzőekben kifejtett szempont: csak akkor fogadják el a szülők az ilyen jellegű beavatkozást, ha a beteg gyermekkel kapcsolatos egyéb kommunikációk során a pszichológust "segítő partner"-i minőségben beépítették a szituációba.

Egyébként a szexualitás még napjainkban annyira tabu, hogy csak elmélyítettebb terápiás kapcsolat során hoznak felszínre ilyen feszültségeket. Még az apák is szégyenlik a kérdést, ha korai, elhamarkodott interpretációval próbáljuk megközelíteni.

d/ Egészséges gyermek /gyermekek/ preventív gondozása

Klinikai gyakorlatunk lehetővé tette, hogy minden gyermek számára vonzó játszószobába "meghívjuk azokat a testvéreket, akiknek a kórházhoz - a szülők és a beteg gyermek verbális és nonverbális megnyilvánulásai alapján - csak negatív jelentésű asszociációk társultak. /18. folyamatábra/.

Ezzel kapcsolatban tudomására hoztuk a szülőknek /promotív kommunikáció!/- és pedig nemcsak szóval, gesztusokkal, hanem tényszerűen - az egészséges gyermekkel kapcsolatos nevelési elvárásrendszerünket.

Gyakorlatban kialakult lehetőségek: a testvérek iskolaelettség vizsgálata, pályaeorientációjának elősegítése, - a szülőket indirekt módon befolyásoló kommunikációk - vagy szükség esetén direkt nevelési tanácsadás.

Az egészséges - és főleg kisebb, logikai gondolkodásra még nem képes - testvérek esetében a kórházi környezet pozitívumainak felsorakoztatása szorongásoldó

hatásának bizonyult, illetve a negatív láncolatot képviselő folyamatokhoz csatlakoztatja a konkrét pozitívumokat is, /Világjáték-teszt okozta játék-öröm, stúdió, stb/ - amelyek a realitás szintjén képviselték a halálfélelmet oldó hatásokat.

Pszichoterápiánk a szülők számára többek között azt is célozta, hogy a krízisállapot ellenére megtartsák mindazon viszonyulásokat, amelyek az élet harmóniájához elengedhetetlenül szükségesek akkor, amikor a beteg gyermek elvesztése konkretizálódik.

Az anticipált tárgyvesztés időszakában kialakított viselkedési mintáknak azt kell a későbbiek során elősegíteniök, hogy az elvesztett szeretet-tárgy helyett a meglévő szeretet-tárgyakat helyezzék motivációs háztartásuk előterébe.

Ha a betegség időszakában az egészséges gyermek /gyermek/ személyiségfejlődése károsodik, a szülő a későbbiekben szembesül a veszteségnek ezzel a többlet-krízis oldalával is, mely további büntudatot okoz és szűkíti az életlehetőségek harmóniáját. Az átmeneti rejtett vagy valódi elhanyagolásért a későbbiekben "fizetnie" kell, amely a szülő-szerep további súlyos frusztrációit, további kritikus helyzeteket okoz.

Amikor a pszichológiai gondozás folyamatában sikerült a szülő orientációját megfelelő arányban meg-

tartanunk a többi gyermekkel kapcsolatban, a tárgyvesztéses identifikáció magasabb szintjét építettük be személyiségébe. Terminális stádiumban lévő betegünk anyjával való beszélgetésben több alkalommal kialakult már az a gondolatmenet, hogy a szülő maga verbalizálta: "anyaságom erősödött ebben a megpróbáltatásban és ezt az erőt most majd odaadom annak, aki megmaradt"... A magatartásnak a normalitás irányába való terelése elsősorban ezt a változást célozza. /1. 20. ábrabeli katasztrófa modell./.

e/ Munkahelyi rehabilitáció, szociális gondozás

Tapasztalataim szerint anyáknál csak igen magas hivatásbeli indentifikáció esetén, magasabb kultur-nívón, többnyire értelmiségi foglalkozás esetén marad fenn a betegség bizonytalansági periódusaiban a munkahelyi szerep hangsúlyozottsága.

A munkahelyi rehabilitáció elsősorban az apák - és ezen keresztül az egész család - krízisintervenciós eljárásainál lett élő gyakorlat.

Szükségességének indokolása

A gyermek tartós betegsége olyan egzisztenciális hullámzásokat is okoz - túlköltekezés, előző gazdasági ritmus felborulása, az anya munkából való tartós kiesése, hogy a munkahely indirekt, majd a végkifejlet idején direkt anyagi segítsége valóban könnyíti egy

bizonyos mértékben a család életét.

A munkahelyi szerep hivatásbeli produkálása, megtartása, illetve a kritikus periódus ellenére való kreativitás, az intellektuális kompenzálásnak olyan lehetősége, amely a többletzavarok kialakulását kivédi. A munkahelyi szerep megtartottsága a pszichés konzisztencia jobb megtartását is jelenti.

A betegség okozta feszültségek átcsapása agresszív, nehezebben adaptáló magatartásba, munkahelyi kríziseket is okozhat.

A munkahelyi kiscsoportok gesztusbeli fokozottabb odafordulása, a csoporttárs érdekében való többletvállalások/ helyette elvégezni bizonyos feladatokat/ rehabilitációs jellegűek.

A munkahelyek szociális támogatása - más beosztás, szabadság igénybevételeinek könnyítése, olyan juttatások elősegítése, mint pl. óvodai férőhely biztosítása az egészséges testvérnek, stb. - az élet gyakorlati nehézségeit bizonyos mértékig megoldja.

Alkalmazott módszerek: amikor a családdal a kontaktus már annyira elmélyült, hogy elegendő információval rendelkezünk anyagi helyzetükről, munkahelyi szerepükről, szociális igényeikről, a munkahelyek, illetve illegális tanácsai szervek bizalmi/társadalmi szerveit promotív szándékú felvilágosítással igyekeztünk a család felé fordítani.

Ezekkel a döntésekkel autoriter szerepet vállaltunk. Mivel a család helyett döntöttük el az ilyen jellegű beavatkozás szükségességét, és ameddig lehetséges volt, nem világosítottuk fel az illetékes szülőt a támogatáskérő akcióról. Tapasztalatunk szerint a szélesebb társadalmi odafordulás, az életet megkönnyítő figyelmesség olyan hatású, amely a beszűkült érzelmi, motivációs háztartást képes bizonyos mértékig kifelé, a társadalom felé fordítani.

A gyermek közelgő exitusának időszakában - amikor nagy szükség volt pl. szabadságra, anyagi segélyre, a munkahellyel már kialakított kapcsolat háttérében feltártuk a szülők előtt, hogy ^{az} oda intézett kérésünk nem "tolakodás", hiszen mi már kontaktust teremtettünk velük. Ezekben az esetekben a szülők rendszerint elfogadhatónak tartották, sőt igényelték a munkahely szociális és emberi segítségét.

Másodlagos, de pozitív emocionális megtartó hatása van annak, ha folyamatosan biztosítani igyekszünk a hivatás-szakmabeli odafordulás és a munkahelyi bizalom megtartottságát.

Összegezés: a közelgő exitus felerősíti a krízissel járó cselekvésbénultságot. Mielőtt a munkahelyi rehabilitáció gyakorlattá vált munkánkban, gyakran találkoztunk olyan munkahelyi konfliktusokkal, amelyek

abból adódtak, hogy a szülő nem volt képes információkat adni helyzetéről /tehetetlenség/. Amikor a terapeuta maga kér segítséget a dolgozó, ezen keresztül a család számára, a meglévő szerepek, illetve^a társas kapcsolatok felé is tereli a személyiséget.

A munkahelyi intervenció sok veszéllyel jár, pl. előfordulhat, hogy valaki visszautasítja utólag. Ez a módszer olyan látásmódot igényel, amely ezen veszélyeket minimálisra redukálja. A segítségkérés hangneme olyan kell, hogy legyen, amely sohasem sértő a személyiség számára.

Tapasztalataink tükrében állíthatjuk, hogy a bizalmi szervek informálása esetén a dolgozó felé szintén promotív kommunikáció indul el a munkahelyeken. Az egymás mellett szorosan kötött szerepű emberek túl bizalmas "árulkodása" így kivédhető. Mindenkor úgy igyekszünk a munkahely támogatását biztosítani, hogy a dolgozó ne érezze magát a kiscsoportok esetleg tolatkodó részvételének kiszolgáltatva. Azt a döntést, hogy társait informálja-e, rábízzuk, illetve terápiás munkánk során igyekszünk elérni, hogy nyitottabb maradjon minden társas kapcsolat felé.

Az apa-gyermek kapcsolat lényegéből adódóan az apák kevesebbet tartózkodnak a kórházban, így a pszichoterápia számára nem olyan megközelíthetőek, mint az anyák.

A családgondozást teljesebbé tenné, ha az apák tárgyvesztéses identifikációjának folyamatát úgy irányíthatnánk, hogy a veszteségfeszültség társadalmi célokra történő humanizálására több módot találjunk.

f/ A beteg gyermek iskolai rehabilitációja

A kórtermi oktatás egyik funkciója az ismeretszerzéssel kapcsolatos folyamatosság fenntartása, és a tanulással összefüggő motivációk megtartásának elősegítése, valamint - ha lehetséges - magasabb szintre történő emelése.

Mind ez fontos jelentőségű a már elért szociális szerepek újraépülési folyamatában is.

Mint tudjuk: a betegség a tartósság függvényében frusztrálja az É_n-képet, s számolnunk kell azzal, hogy az egészségesek közé való visszatalálás nehézséget jelent a gyermekeknek.

Amikor a gyakorlatunkban jól bevált tájékoztatást megírjuk a pedagógusoknak, elsősorban az osztályfőnöknek, egyúttal kérjük, segítse a betegeket az újonnan történő beilleszkedésben.

A külsejében esetleg megváltozott, torzult gyermek számára pozitív élmény, ha a tanár által pszichológiailag előkészített gyermekcsoport természetes készséggel

visszafogadja. Az egészséges gyermekek empátiás készségét fejleszti, ha közöttük gyenge és beteg tanuló is van.

Az iskolával való együttműködés folyamatosságára törekszünk, ezzel is bizonyítva a kórház és a valószínű élet kommunikációját.

3. KÖVETKEZTETÉSEK

3.1. Tartós kórházi hatásra - gyermekkori depresszió várható

Klinikáinkon évek óta erőfeszítések történnek arra, hogy a hosszasan kórházban ápolt, vagy a végzetesség veszélyében élő gyermekek számára a reális élet térhez hasonló lehetőségeket biztosítsunk. A gyermeki személyiség sérülékenyebb, mert sem intellektuális feldolgozásra, sem adekvát feszültségredukcióra önállóan még nem képes. Következésképpen a gondozói munka preventív jellegű.

A gyermek számára pszichológiai gondozás nélkül egyetlen védekezési mód a regresszió, mint olyan elhárítás, mely lehetővé teszi az alacsonyabb szinten lévő infatilis magatartási módokat, s ezzel a védettség kereteit. Tartós hospitalizálás, súlyos betegség esetén ez a tendencia törvényszerűen fellép, s vele a világ iránti fogékonyság csökkenése és a motivációhiány beépül a személyiségbe.

A gyermekkori depresszió nem könnyen diagnosztizálható. A depressziós színezetű személyiségfejlődés minden esetben én-gyengeséget okoz, az identitás kialakulásának hiányosságával jár, dezorientációt jelent a világ történéseivel, személyi relációval kapcsolatban. Mindez magában hordja a klasszikus értelemben vett depresszió veszélyét.

A pszichológiai gondozás, illetve prevenció fontosságát támasztja alá az a vizsgálat, mely a nem gondozott gyermekek Világjáték-tesztjeiből és részletes pszichológiai explorációjából kibontakozik.

3.2. A gyógyítás lehetséges komplex foglalkozás-terápiával

A foglalkozás, művészeti, kreatív terápia és a ráépülő pszichológiai gondozás a kórtermi oktatással együtt olyan rendszert képeznek, amely ~~vissza~~csatolódik a gyermek otthoni életéhez, az iskolához, s a kinti interperszonális kapcsolatokhoz.

- A szülők számára is új viselkedési mintákat közvetít, amelyben a betegségre való orientálódás mellett a gyermek alkotásaira, fejlődésére történő odafigyelés is fontos helyet kap. Mindez a betegségtudat elmélyülését védi ki, s ezzel úgy preventív, mint rehabilitációs funkciókat tölt be.
- A külvilág elveszített ingereit célzott és mesterségesen koncentrált ingerekkel igyekszik pótolni, s új, az átlagos milieubén nem mindig tapasztalható ingereket, alkotási lehetőségeket, információkat kialakítva, a gyermekre adaptáltan kísérel meg interiorizálni.
- Új viselkedési mintákat közvetít a gyógyító személyzet számára is. A gyógyításra koncentráló tevékeny-

séghez egyéb, pszichésen pozitívan aktiváló lehetőséggel csatlakozhat.

- A pszichológiai gondozás rendszer^{szer}űbb és hatásaiban összekapcsolt módja nemcsak rehabilitációs lehetőségeket biztosít a személyeknek, hanem új képességek kibontakozását, új motivációk beépülését segíti elő. Ezek a szociális adaptációt és így a személyiség prognózisát pozitív módon befolyásolják.
- A kórházban elindított és az otthoni élethez, iskolához, reális élet-színterekhez visszacsatoló pszichológiai gondozás - ha rendszerszerű és elegendő hatást, viselkedési mintát képvisel, - a promotív és direkt hatásrendszeren át, a meggyőző és egyéb pszichoterápiás manőverek eszközei bevezetésének segítségével kiépítheti a szülőkben az empátiának, az azonosulásnak azt a fokát, mely alkalmassá teszi őt otthon és^a mindennapi életében a betegséget elfogadó, ehhez alkalmazkodó, de a személyiségfejlődés szempontjából pozitív elvárásokat tartalmazó attitűd képviselésére.

A betegség okozta regresszió, Én-kép-sérülés, mint devianciát magában hordó veszély kivédhető egy olyan hatásrendszeren át, mely célul tűzi ki a tevékenység, alkotás fejlesztésének programját.

Mindennek feltételei:

- a diagnózis közlésével egyidejű és folyamatos gondozás megszervezése,
- a kórházban képviselt hatások kiterjesztése a gyermek életének, szerepeinek mindennapi színtereire /óvódával, iskolával folyamatos visszacsatolást biztosító együttműködés/.
- a szülők és családtagok egyéni és csoportos pszichoterápiáján át: pszichés meggyőződés,
- a foglalkozás- és pszichoterápia krónikus betegségekre adaptált pedagógiájának és pszichológiájának tudományos, elméleti kimunkálása,
- szemlélet-alakítás, amely alkalmas a pszichoszomatikus koncepció e téren is realizálódó érvényesítésére.

A rendszerszemléletű pszichológiai gondozás jelentősége

- A betegség által megzavart, vagy elveszített irányításokat motivációkat újraépíti, és ha lehet, magasabb szinten újraszervezi.
- tevékenységen, alkotáson keresztül az önmegvalósító tendenciákat fenntartja,
- változatosságán keresztül a kórházi és betegség okozta izolációs folyamatokat és élményeket kivédi, csökkenti,

- mindezen keresztül a fejlődésben lévő Én-kép számára a saját akciók sikerességével pozitív visszacsatolásokat teremt,
- a szülők,^{a2} iskola,^a szélesebb társadalom . betegségekkel kapcsolatos szemléletét pozitívabb irányba , tevékenységbe oldottan alakítja.

Problémafelvetés

a/ Gyermekkórházakban ma már gyakori a foglalkoztatás. Nem vitatjuk ennek értékét, de ha az óvodai nevelés-oktatás, és az iskolai oktatás-nevelés egymásra épülését figyelembe vesszük, le kell vonnunk bizonyos konzekvenciákat:

- krónikus betegosztályokon a foglalkoztatás, illetve pszichoterápia csak akkor védheti ki a személyiség-alakulás regresszióját, ha nem alkalomszerűen, de kialakított formában és tartalommal,
- a gyermek előtörténetének ismeretében,
- jelenlegi pszichés állapotának felmérésével,
- a számára leginkább adekvát, ill. ha lehet a számára magasabb szintet is jelentő formát és tartalmakat képviseli.

b/ A rendszerszemlélet kialakításának értelmében: egy komponens csökkent értéke az egész rendszer sérülését okozhatja.

Tudatában kell lennünk, hogy bizonyos hiányzó összetevők pótlása szükséges ahhoz, hogy a rendszer működését, sőt fejlődését biztosítani tudjuk.

Ha a személyiséget úgy fogjuk fel, mint a test-pszichikum egymástól elválaszthatatlan egységét, akkor a testi funkciók lehetséges helyreállítása mellett a velük szorosan kapcsolatos pszichés komponensek helyreállítására is törekednünk kell.

Mindezek szervezett és rendszeres módja napjainkban még nem olyan magas szintű, differenciált és integrált tevékenység, mint amilyen az orvostudomány a testi gyógyítással kapcsolatban.

3.3. A krizishelyzetbe kerülő szülő terápiája

Mint már említettem, a malignus betegségeken szenvedő gyermekek szüleinek krizisállapota sajátos. Sajátossága elsősorban abban mutatkozik meg, hogy személyiségükbe kell építeniük a legsúlyosabb veszteség minden velejáróját, s döntésük - az élet egyéb feladatait figyelembe véve - nem lehet negáló. Döntésük az élet további vállalása kell, hogy legyen. Ha ezekkel az emberekkel pszichológus foglalkozik, kötelessége ezt a döntést minden eszközzel, adott esetben krizisintervenciós próbálkozással is hiteles segítő-társként elősegíteni. Vállalnia kell az elhuzódó krizisből fakadó összes ambivalenciát a paciens részéről.

az ezzel együttjáró - átlagostól nagymértékben elütő - frusztrációkat a napi munka során.

Tudatában kell lennünk, hogy a gyermek betegségének évekre történő elhúzódása egyúttal hosszantartó károsító stresszhatást jelent úgy a szülő, mint a pszichológus személyisége számára. Mindez a szülők adaptációs manővereit kóros irányba terhelheti. A pszichológusnak a spontán rendeződési dinamikára támaszkodva olyan hatásrendszert kell képviselnie, mely az empátias adaptációt segíti elő.

Pszichoterápiánk célja

- A spontán rendeződési dinamikára támaszkodva olyan viselkedési mintát kell nyújtánunk és olyan adaptációs stratégiát szerveznünk, amely
 - krízis, - illetve katasztrófa-állapotból lehetőleg - katartikus hatáson átjutva - magasabb személyiségnívón álló emberi arculatot segít elő,
 - ha ez nem lehetséges, az előző - a krízis előtti-személyiség-struktúra megtartását, illetve visszaállítását biztosítja.
- A terminális stádium időszakában a már vázolt különböző szülői magatartásformát a krízisállapot folyamán kialakított attitűdök is befolyásolják.

Személyiség típusonként változó a kiváltandó katarzis intenzitása, ill. a terápiás effektusok hatása foka.

1. A szélsőségesen külső kontroll dimenziója szülőknél a teljes összeomlás reakciót /katasztrófát/ elővételezve is arra kell törekednünk, hogy a külső kontroll lehetőleg az általunk képviselt magatartási repertoár legyen. Természetesen itt is vezérlőelv számunkra a magasabb személyiségnívó felé való orientáció.
2. Az ambivalens reakciójú szülőknél különösen szükség van a pszichoterápiás technika plaszticitására. A realitás és egyértelműsítés oldalát képviselve a belső kontroll és tárgyvesztéses identifikáció magasabb szintjét próbáljuk előhívni a regressziós tendenciák elfogadó, de promotív módon a kifelé vezető utat képviselő manőverezéseinkkel.
3. A rendezettségre törekvő szülők belső kontroll determinált személyek, akik a terminális stádiumnál már identifikálódnak a katarzis-kiváltotta magasabb személyiség-nívóval.

A humanizált tendenciák erősítése, nagyfokú tudatosítás, a munkánkban valóban társként való bevonás a legkritikusabb pillanatban is eredményes.

3.4. A pszichológusi munka specializálódást kíván
/Pszichológus krízisintervencióra/

A krízishelyzetben lévő szülő számára szükséges egy, a krízisen kívülálló szakember azonnali beavatkozása, amely a hiteles empátia csatornáit igyekszik megteremteni abban a szituációban is, amikor a személyiség egyetlen, az életet veszélyeztető problémakörre szűkül be.

Ha a pszichológus - mint viselkedési minta - elfogadtatást kap, akkor a szülő egy idő után úgy érzi: neki is az a megoldás, ha megtartja a gyermek természetes életéhez hasonló irányulásokat a viselkedésében.

Amikor a foglalkozásterápia során tevékenykedő gyermeket látja, direkt, ill. indirekt hatásainak beépítésével képes lesz idővel újraszervezni elveszőben lévő nevelési programját, hiszen még a kórházban is van mihez kapcsolnia azokat az elvárásokat, amelyek eddig a gyermek játékaival, alkotásaival, tanulásával stb. kapcsolatban kialakultak. A promotív kommunikáció helyes megértése a szülő felé azt jelenti, amikor rajzoló, játészó stb. gyermeket látja: "láss bennem mást is, mint beteget, örülj nekem és annak amit tudok, vagy produkáltam."Természetesen ezek a felvetések modellül szolgálnak.

A szülőkkel való egyéni beszélgetések, találkozások, már az első fázisban felvetik a krízisterápia direk-

tebb szükségességének összes problematikáját. Az első lépésben a hozzátartozók magatartásába vannak a ténynek gyakoriságát akarjuk beépíteni, hogy az élet köznapi tennivalói még a kritikus szomatikus állapotban lévő gyermek számára is adottak, sőt pszichológiai homeosztázisához szükségesek. Ebben a szakaszban a szülő intelligencia-szintjének megfelelően felvilágosító jellegű beszélgetést is beiktatunk - ha személyünk, és hatásaink valamennyire elfogadottak - a felvilágosítás úgy rendszerint eredményes. Így érjük el fokozatosan, hogy a klinikánk gyakorlatában napi látogatást gyakorló szülő megtanulja, hogy árt a beteg gyermekének, ha ágya mellett érzelmi kitöréseket enged meg magának, illetve ha "ölben ülő attitűd"-del váltja fel a már eddig kialakított elvárási rendszerét.

Eddigi tapasztalataim alapján hivatásbeli meggyőződésemmé vált, hogy ebben a sajátos pszichoterápiás kapcsolatban - mivel később krízisintervenciós szerepük is van - a beteg-pszichológus viszony a közeli-tés új, sajátos módjainak szükségességét veti fel.

Ebben a szituációban a pszichológus a gyógyító személyzetnek az a tagja, aki ugyan a szülő számára a legfontosabbat: a gyermek egészségét nem képes visszaadni, de képes egy hosszú és folyamatos, illetve

hatásaiban megtervezett viselkedési repertoárral viselkedési mintává válni, és indirekt, majd direkt módszerekkel az adekvát életvezetés megtartására ösztönözni a szülőket és rajtuk keresztül a családot.

A pszichológus ebben a helyzetben a hagyományos távolságot átlépi, "partner-i" viszonyra törekszik, azzal az empátiával, amit minden ember kialakíthat magában a tragikus helyzetben lévőkkel kapcsolatban. Mivel a terápiás munka során felelősséget vállal a beteg gyermek preventív gondozásáért, a család gondozásáért - a közeledés intimebb módozatai ellenére - végig racionális kontrollal is él, tehát a közelítés-távolítás dinamikáját igyekszik megteremteni attól függően, hogyan kívánja azt a beteg, illetve a család aktuális érdeke.

A közelítés megteremtésének lehetőségei:

- A krízisben lévő emberek dependencia igénye s ezzel együtt regressziós hajlama fokozottabb. Ezt az igényt ismerve a szeretet és gondoskodás leghétköznapiabb kongruens bizonyítékait adhatja a beteg gyermek és szülő számára. /A terápiás közösség kialakítására irányuló törekvés magával hozza, hogy a kórház életét az otthonhoz hasonlóvá tevő törekvés is van részünkről a gondozás folyamatában. E törekvés számos lehetőségét adja olyan gyengédségnek, figyelmességnek, amely az otthon intimitását jellemzi./

- Az élet minden területére kiható figyelmesség felveti a szülő oldaláról - hiszen már ő is igényli a kölcsönösséget - az egyoldalúság problémáját. Felnőtt ember bármilyen regresszióban legyen, nem viseli el, ha viszonzás nélküliségre ítélik. A pszichológus - magas önkontroll mellett - elfogad gesztusbeli viszonzást, a távolságot enyhíti saját problémái kiszámított, de hiteles megosztásával. "A minden embernek" jól esik a segítség és figyelmesség bizonyos mértékű dimenziójával kölcsönösségre törekszünk, soha nem eltévesztve a célt: ezzel is identifikációs modellt kívánunk nyújtani.

Tekintettel arra, hogy a jelen problémakör elhúzódó krízisállapot pszichológiai elemzését, illetve pszichoterápiás módszertani elveit kísérli megadni, el kell különíteni azoktól a krízisintervenciós eljárásoktól, amelyek egy gyors lefutású és a személyiséget hirtelen veszélybe hozó krízishelyzettel kapcsolatosak.

Mint már volt róla szó: tapasztalataink szerint a szülők regressziója, az élet kisebb-nagyobb - és a betegséggel nem kapcsolatos - problémáival jelentkező időnkénti döntésképtelensége, a többletzavarok beiktatása, értékes kapcsolatok valódi, vagy rejtett devalválása, stb. a klasszikus krízisállapotokkal azonosak.

Különbözik a szituáció abban, hogy itt a terapeutával kapcsolatos függőség /később "omnipotencia" elvárás/ nem a személyiség saját vállalkozása, hanem a terapeuta folyamatos beépülése a krízisbe. /A pszichológiai gondozást mi "ajánljuk" fel, a felszínen itt a gyermek betegsége és a vele kapcsolatban lévő tennivalók húzódnak meg a szülő elvárásaiban./

Az elhúzódozó - illetve anticipált tárgyvesztéssel kapcsolatos összes és hullámozó - intrapszichés feszültség következtében az önregenerációs lehetőségek kibontakoztatására, illetve ezeknek a terapeuta által való felmérésére több lehetőség van, mint a gyorsabb lefutású krízisnél.

Az idői komponens miatt /jobb állapotai a gyermeknek: enyhülés, ezután visszazuhanások/ a pszichológusnak több lehetősége van a személyiség adekvát, vagy in-adekvát viszonyulásainak felmérésére is.

Elsődleges feladat itt is a preventio illetve az integráció ép részeinek védelme.

Pszichodiagnosztikai munkám során állandó felmérésére törekszem mindazon viszonyulásoknak, amelyek a szülők, testvérek életében szignifikánsak.

3.5. Az esetismertetésekől vonható tanulságok

1. Példaként ismertetett és a IV. sz. mellékletben részletezett esetben a kórtermi foglalkozásterápia és a nagyobb két gyermeknél a kórházi pedagógiai teremtette meg azt a közeget, melyre az anyák, ill. szülők gyakorlati aktivitását építhették. A cselekvési lehetőségek, a gyermekek önkibontakozási lehetőségeinek megteremtése a valóságos élethez hasonló bázist nyújtott.
2. A terápiás kapcsolat folyamatos volt, követte a gyermek aktuális állapotának hullámváltozásaival a szülők pszichés állapotának változásait, és a hosszantartó kontaktus, a felhalmozott tapasztalatok alapján lehetővé tette az empátia mélységének és kölcsönösségének kibontakozását.
3. Belső kontroll-determinált szülő /C.anya/ tárgyvesztéses identifikációját, a külső-kontroll vezérelt /R.anya/ reálisabb szerepmegvalósító törekvéseit támogatta.

A totális krízisben lévő /B.apa/ feszültségtűrése fokozódott.
4. A katasztrófa-élményből kivezető harmadik, normalitás irányába való tolódás mindhárom esetben megtörtént.

C. anya: humanizált tendenciák tudatos vállalása, majd 38 éves korban újabb gyermek vállalása.

B. apa: fia és vele való kapcsolat elfogadása, az élet megmaradt céljainak megtartása /hónapokig suicidiummal foglalkozott/.

R. mama: a betegségre beszűkült szemlélete, s az e csatornán keresztül kifuttatott teátrális magatartás helyett önkontrolljának fokozódása, egy nem konvencionális partnerkapcsolat krízisben történő vállalása.

5. A katasztrófa bekövetkezésekor a pszichológus magatartása mindhárom esetben direkt. Gesztusai közvetlenek, az állandó jelenlét megteremtette annak hiteltel közegét, hogy a személyiség "valóban" nem maradt magára. A kívülálló önkéntes szituáció-változtatása a "bekerülés" valós élményét keltette a szülőknél. Ez még a hirtelen bekövetkezett exitusnál /R. Tamás/ is megmutatkozott, mert az anya telefonon ezt mondta: "nem tudtam már hívni, mert olyan hirtelen történt, pedig tudom, hogy eljött volna.."/.

6. A pszichológus nagy odafordulása szükséges a fentiekhez, s az átlagosnál fokozottabb beállítódás az egyén problémáira /C. nagymama hypertóniás krízisének felismerése, B. Sándor honvédségtől történő időben való odahívása/.

7. A katasztrófa kibontakozásának drámai szakaszában a gyakran azonnali helyzetfelismeréssel társuló gyors döntések nagyon fontosak. Saját aktivitásunk a másik érdekében ilyen esetben viselkedési minta is.

Pl. C. anyában a mások gyermekei felé való fordulást feltehetően erősítette az a minta is, hogy a pszichológus saját gyermeke mellől eljön az ő kislánya exitusához és apróbb szolgáltatásokat tesz a haldokló érdekében.

B. apában a fia vállalását erősítette az a tapasztalat, hogy egy szituáción kívülálló ember számára ilyen fontos volt Sanyi élete, valamint az is, hogy éjszaka vele maradt az az ember, aki kezdettől fogva mellette volt.

/Éjjel hazautazhatott volna falujába, ami a klinikán "Sanyit vártuk", akiről a pszichológus már este 10 órakor tudta, hogy nincs ereje most ide bejönni. Az apa vele együtt várta, s hajnalban már Sanyi miatt is sietett haza./

R. anya mindkét házasságát szülei erős kontrollja alatt kötötte, majd felbontotta. A Tamás betegsége és terminális korszaka alatt vállalt kapcsolatban a pszichológus az alkalmak megteremtésében direkt volt. Oldotta a bűntudatot, lehetővé tette a találkozásokat, s ezzel viselkedési mintát is adott.

Ez esetben nem a két ember összehozása, hanem az anyában a saját igények saját kontroll alatt történő vállalása volt a pszichoterápiás célkitűzés.

8. Megítélésem szerint mindhárom elemzett példában - s a többi, itt fel nem sorolt esetben is döntő hatású volt a közelség megteremtésének sajátos módja. A többlet-gesztusok, a gondoskodás, az élet minden területére kiterjedő figyelem, ha kell, direkt vállalása a segítségnek: támasztnyújtó vonatkozásai mellett egyúttal a tárgyvesztéses identifikációt is elősegítették. Ha az egyén szembesül egy másik ember "áldozatvállalásával", amely érte történik, megindul benne egy olyan folyamat, melyet így körvonalazhatnánk: "ha én neki ilyen fontos vagyok, magam számára is fontos kell, hogy legyenek". Ezen a csatornán elindul a lemondásnak egy magasabb szintű formája, mely a "megszüntette megőrzést" képviseli.

9. A három várható reakciótípus előző attitűdök alapján történő elemzése.

a/ C. anya: előző, belső kontroll attitűdje alapján elővételeztük az exit folyamán és utána tanúsított rendezett magatartását, s itt a jelenlét csak "jutalmazásos megerősítést" célzott.

- b/ B. apa: személyiségének előző ismeretéből feltételeztük az átmeneti teljes összeomlást, melyet emocionálisan valóban kifuttatott, még az utolsó éjjel is további életének céltalanságát hangsúlyozta, de az előzőleg bevitt terápiás hatások már érvényesültek, amikor fokozatosan átterelődött a fiával kapcsolatos témákra. Nem állítjuk, hogy terápiánk nélkül suicidiumot követ el, de abban bizonyosak vagyunk, hogy életének ebben az összeomlást hordó szakaszában segítségünkkel katarzison ment át, és elindult a normalitás irányába.
- c/ R. anya: a közel három évig tartó terápiás kapcsolat alapján feltételezzük, hogy kellő kontroll mellett átállítható egy realisabb személyiség-dimenzióra, beavatkozásunk nélkül az összeomlás és kapcsolódás jellemezte volna attitűdjét.

4. ÖSSZEFOGLALÁS, JAVASLAT

Disszertációmban elsősorban a kórházban hosszasan tartózkodó/malignus betegségeken szenvedő/ gyermekek és családtagjaik /szüleik/ pszichoterápiájának eredményességét kíséreltem meg bizonyítani.

Mindezt modellként vázoltam fel annak igazolására, hogy a legsúlyosabb szomatikus állapot ellenére a személyiségkárosító hatások egy része kivédhető.

Ha ezt bizonyítottnak fogadjuk el, fokozottabb figyelmet kell fordítanunk a krónikus beteg gyermekek és családtagjaik rendszerszerű pszichológiai gondozására is.

Az újabb irodalmi áttekintés felhívja a szakmai körök figyelmét arra, hogy a gyermekkori depressziók valószínűleg léteznek, csak a felnőttek depressziójától eltérő módon nyilvánulnak meg.

A betegségtudat beépülése latens önpusztítást okozhat a gyermeki személyiségben, mivel az érdektelenség, sivárság az élettel, a világgal kapcsolatos indítékszegénységgel jár együtt, s alacsonyabb adaptációs nívót von maga után.

A krónikusan beteg és pszichológiailag nem gondozott gyermekek esetében /diabetes, különböző vese-, szívproblémák, morbus, sacer, /epilepszia/ stb./.

Világjáték-teszt és egyéb vizsgálati eljárások segítségével gyakran kaptam a nem gondozott malignus betegekéhez hasonló személyiségképet.

Munkám egyik legfontosabb célkitűzése, hogy a rendszerű megoldások szükségességére hívjam fel a figyelmet.

Meggyőződésem, hogy az alkalmoszerű pszichológiai beavatkozások nem elegendőek olyan esetekben sem, amikor a végzetesség veszélye nem fenyeget. A pszichikum számára "végzetes" lehet a betegséggel járó Én-képsérülés, s a jövő rehabilitációs célkitűzéseinek számba kell vennie ezeket a veszélyeket is.

Problémafelvetés a krízisterápiával, illetve krízisintervenciós pszichoterápiás technikával kapcsolatban:

- Irodalmi adatok, valamint saját hipotézisünk alapján is állítottuk: a krízisállapotok lehetősége az egyén nagyobb szabadságából adódóan századunkban felfokozódott. Felvetődik annak problematikája, hogy felismerjük-e a nem a fejlődéssel járó, tehát a nem természetes krízisállapotokat.

Mint minden pszichológiai veszélynél, e tárgynál is kérdéses, van-e prevenciós lehetőség, amely nyilván függ az időben való felismeréstől.

- Lehetséges, hogy sok olyan pathológiás állapot mögött van fel nem ismert előzetes krízishelyzet, mely kellő terápia hiányában a személyiséget a kóros változási dinamika irányában sodorta, majd különböző fixációkat okozva inadekvát személyiségstruktúrát idézett elő.
- Sajátos élményhelyzetben lévő szülők krízisterápiája kapcsán megkísértem a különböző eljárások elemzését. Úgy vélem, az azonnali beavatkozás, az empátiás pszichológus-paciens viszony mélyebb elemzése és azonnali cselekvésben megnyilvánuló realizálása felveti a hagyományos pszichoterápiák bizonyos fokú átértékelését.

Az időben felismert krízishelyzet olyan pszichológusi látásmód következménye is, amely speciális differenciálódást igényel.

- A krízisterápiára alkalmassá tevő, átlagosnál nagyobb empátiás készség és direktivitás, úgy tűnik, egy a pszichológus által megtett életútnak is függvénye: Vagy olyan személyiségen belüli potencionális adottságok szükségesek hozzá, mint pl. a mentőorvos tulajdonságai /kockázatvállalás, gyors döntés, helyzetfelismerés, stb./
- Az orvostudományon belül már kialakult differenciálódás megköveteli, hogy a társtudományát képező

klinikai pszichológián belül is megtörténjék a differenciálódás folyamata. Ez alatt azt értem, hogy az integrált szemlélet megtartása mellett a napi klinikai gyakorlatban a pszichológusok fokozottabban vállaljanak külön munkaprofilt, amelyen belül bizonyos terápiás technikákat speciálisan tudnak alkalmazni.

- A jövő mentálhigiénés programja megkívánja, hogy a különböző életkori szakaszok és élethelyzetek kríziseinek elemzése, illetve krízisterápiás eljárásainak kimunkálása megtörténjék.
- Hipotetikusán felvetjük, hogy az Én-identitási krízis előtt álló éretlenebb személyiség is lehet súlyos krízisben, azzal az elemzési megszorítással, hogy itt viselkedési és nem döntési szinten jelenik meg a két egymással ellentétes alternatíva. Abban az esetben, ha sok kisgyermekkorai tünet figyelembevételével adott, megalapozott vélemény alapján direkttebb döntésekre készítetjük a szülőt, illetve környezetét, /iskolát/ talán sok kóros fixációt megelőzhetünk.
- Disszertációmban a krízis-intervenciót elsősorban a teljes bevetés stratégiájaként fogom fel, egy-egy személyiség érdekében. Felgyorsult életritmusú századunkban talán gyakrabban van szükség egy másik

ember érdekében a "minden módon segíteni" attitűdjére.

Természetesen nem úgy értelmezem a direktivitást, mint a személyiség autonómiájának megzavarását, hanem egy adott problémakörrel kapcsolatos közvetlenebb segítségnyújtásra gondolok.

Nyilvánvalóan ez a felismerés hozta létre a telefonos Lelki Elsősegély Szolgálatot is. Úgy gondolom, szükséges lenne ezt a törekvést minden olyan nagyobb egészségügyi intézményben kimunkálni, ahol súlyosan megzavart emberek gyógyítása folyik. A pszichoszomatikus szemlélet gyakorlati megvalósításához ez is hatékony lépés lenne.

5. IRODALOMJEGYZÉK

1. Alpár Zsuzsa /1977/ A krónikus beteg gyermek életmódja Gondolat - Baj van a gyermekemmel c.k.
2. Allport G.W. /1980/ A személyiség alakulása Gondolat Bp.
3. Bergmann Erzsébet-Moussong Kovács Erzsébet - Zsemlye Klára /1968/ "Világ-kép"-alakítási tendenciák vizsgálata felnőtt neuropszichiátriai betegeknél. Magyar Pszichológiai Szemle XXV. 4.
4. Böszörményi Zoltán Brunecker Györgyi /1979/ A gyermekkor és az ifjúkor pszichiátriája Medicina Bp.
5. Buda Béla /1975./ A közvetlen emberi kommunikáció promotív aspektusa Magyar Pszichológiai Szemle XXXII.4.
6. Buda Béla /1976/ Az empátia jelensége és jelentősége a pszichiátriában. Magyar Pszichológiai Szemle XXXIII.2.
7. Buda Béla /1976/ Pszichés hatás és pszichoterápia telefonon át Magyar Pszichológiai Szemle XXXIII.5. XXXIV.6.
8. Buda Béla /1981/ Pszichoterápia Gondolat K.Bp.

9. Buda Béla /1978/ Az empátia - a beleélés lélektana. Gondolat
10. Buda Béla /1979/ Fogalmi rendszerekről, szerkezetekről és szervezetekről Akadémia K. Bp.
11. Bühler Ch. and Kelly G. /1941/ The World Test... A measurement of. Emotionál Disturbanle /Psychol. Corporation, New York
12. Erikson E.H. /1968/ Identity Youth and Crisis Worton and Co. Soc. New York
13. Gergely Tamás /1968/ Pszichológia. és általános rendszerszemlélet Magyar Pszichológiai Szemle XXV.4.
14. Halász László - Hunyadi György - Marton L. Magda /1979/ Az attitűd pszichológiai kutatásának kérdései Akadémia K. Bp.
15. Hárdi István /1972/ Pszichológia. a betegágnál Medicina Bp.
16. Kelen Ilona /1982/ Pszichoszomatikus zavarok gyermek és ifjukorban Medicina Bp.
17. Kajtár Pál /1982/ Tudományos konzultációk Szóbeli közlések Pécs
18. Gegesi Kiss Pál /1973/ Klinikai pszichológiai előadások Akadémia K. Bp.
19. Kielholz P. /1968/ A depressio diagnosisa és terápiája a gyakorlatban Medicina Bp.

20. Kindler József - Papp Ottó /1977/ Komplex rendszerek vizsgálata
Műszaki K. Bp.
21. Kulcsár Zsuzsanna /1977/ Személyiség - pszichológia
Tankönyvkiadó Bp.
22. Kardosné Geiger Á. /1971/ A gyász psychogen somatikus és
magatartásbeli tünetei gyermek-
korban Gyermekgyógyászat 22.
23. Mérei Ferenc - V. Binét Ágnes /1978/ Gyermeklélektan
Gondolat Bp.
24. Moussong-Kovács Erzsébet /1976/ Pszichopatológia és a pszicho-
lógiai folyamatok
Magyar Pszichológiai Szemle
XXIV.1.
25. Nemes Livia /1958/ Az értelmi fejlődés és a gondol-
kodás szakaszai Piaget műveiben
Pszichológiai Tanulmányok I.
Akadémiai K. Bp.
26. Pertorini Rezső - Polcz Elaine /1976/ Orvosi pszichológia a gyakorlat-
ban Medicina Bp.
27. Pertorini Rezső /1969/ Psychotherapia Medicina Bp.
28. Molnár Péter /1982/ Tudományos konzultációk
Szóbeli közlések - Pécs
29. Polcz Elaine /1966/ A világ-technika módszerének
hazai diagnosztikai és terápiás
alkalmazása
Magyar Pszichológiai Szemle XXIII.

30. Polcz Elaine /1974/ Aktiv játékdiagnosztika és játékkerápia Kézirat-Intaháza
31. Ranschburg Jenő /1975/ Félelem, harag, agresszió Tankönyvkiadó Bp.
32. J. Robertson /1958/ Young Children in Hospitals Tavistock, London
33. Rosenzweig /1944/ Personality and the Behavior disorders
34. P.F.Secord - C.W.Backman /1972/ Szociálpszichológia Kossuth K.Mezőgazdasági K.Bp.
35. Szilárd János - Kézdi Balázs /1977/ Lélektani krízisek és pszichoterápiás megközelítésük Ideggyógyászati Szemle XXX.11.
36. Szilárd János /1978/ Egyéni szabadság, humanitás és a pszichiátria Ideggyógyászati Szemle 31.sz.
37. Szilárd János-Farkasinszky Teréz /1978/ Depresszív szindrómák a gyermekkorban Ideggyógyászati Szemle 31.sz.
38. Zeemann E.C. /1977/ Catastrophe Theory Selected-papers 1972-1977. Addison - Wesley Publishing company, London Tokyo
39. Rainer Winkel /1981/ Pedagógiai pszichiátria Tankönyvkiadó Bp.

40. L.J.Yarrow /1964/

Separation from parents during
early Childhood Revue of Chold
Development Research

41. Veczkó József /1982/

Tudományos konzultációk
Szóbeli közlések Szeged

6. MELLÉKLETEK JEGYZÉKE

- I. Világjáték-teszt jegyzőkönyv
- II. A katasztrófa-elmélet alkalmazásának indokolása
- III. Egy foglalkozás vázlatos leírása
- IV. Példa a kórházi stúdió pszichoterápiás jelentőségének alátámasztásához
- V. Esetismertetések a krízisintervenciós jellegű pszichoterápiás eljárások alátámasztásához
- VI. Néhány tudnivaló szülőknek
- VII. Guilford féle kérdőív
- VIII. Klinikai felmérő kérdőív /33+12 pontos/
- IX-XIV. Társadalmi segítőég a klinika részére

I. Melléklet

Világjáték-teszt jegyzőkönyv

/Sz. Ágnes/ 7 éves tanuló, leukeamiás,
pszichológiailag gondozott gyermek
építményéről

1 = pálmafa	2 = virágzó fa	3 = fenyő
4 = fenyő	5 = szomorufüz	6 = pálmafa
7 = gyümölcsfa	8 = pálmafa	9 = pálmafa
10 = pálmafa	11 = bokor	12 = fa
13 = fa	14 = fa	15 = fa
16 = fenyő	17 = fenyő	18 = fenyő
19 = fenyő	20 = fa	21 = fa
22 = fa	23 = fa	24 = fenyő
25 = fa	26 = fa	27 = fa
28 = fa	29 = ház	30 = ház
31 = ház	32 = ház	33 = ház
34 = ház	35 = áruház	36 = iskola
37 = posta	38 = óvoda	39 = presszó
40 = presszó	41 = toronyház	42 = toilette
43 = templom	44 = ház	45 = sátor
46 = ház	47 = pásztor	48 = bárány
49 = kecske	50 = kutya	51 = krokodil
52 = elefánt	53 = viziló	54 = orrszarvu
55 = kakas	56 = hal	57 = tyúk
58 = tehén	59 = teknős	60 = macska
61 = majom	62 = sertés	63 = orvos
64 = férfi	65 = pap	66 = nő
67 = indián	68 = kerékpáros	

Felszólító kérdésekre adott válaszok:

Struktura:	Tó melletti település, növényekkel állatokkal, iskola, középületek jobboldalon: egzotikus szigetek.
Cselekmény:	Hétköznapi élet, mindenki teszi a dolgát.
Jó a világban:	A sok növény, a természet szépsége, az, hogy dolgoznak, játszanak, élnek természetesen az emberek.
Rossz a világban:	Ha valaki nem végzi el a kötelességét, és nem szereti a családját, de itt éppen most ilyen nem fordul elő.
Ki vagy te:	14 éves kislány, aki most az iskolában van irodalomórán.
Hol süt a nap:	A tó felett és a faluban.
Árnyék:	A szigetek szimbolizált távoli világban.
Hol süt ki a nap:	Az őserdőben messze.
Hol lesz árvíz:	Itt sehol, mert ez a Balaton /a gyermek Balatonfüreden él/.
Mi hirt hoz a postás:	Gyermek született.
Harangoznak, miért:	Dél van.

II. Melléklet

A katasztrófa-elmélet alkalmazásának indokolása

A gyakorlati élet bonyolult rendszereit, folyamatait többnyire csak absztrahálva, leegyszerűsítve, modellezéssel lehet tudományosan vizsgálni. A legegzaktabb tudománynak, a matematikának eszköztárát kizárólag a modellezés révén lehet kölcsönözni. Nem eléggé ismert és hangsúlyozott előnye a matematikai modellezésnek, hogy megfelelő alkalmazásuk esetén nemcsak leírják, hanem meg is magyarázzák az eseményeket, törvényszerűségeket.

Az elmúlt évszázadokban - a legutóbbi évekig - a differenciálszámítás bizonyult a leggyümölcsözőbb és legelterjedtebb matematikai modellezésnek. A differenciálegyenletnek, mint leíró eljárásnak van viszont egy alapvető korlátja: csak olyan jelenségek leírására alkalmas, amelyeknél a változás zökkenőmentes és folyamatos. Azonban viszonylag kevés az ilyen jelenség: pontosabban mondva a világ tele van hirtelen változásokkal, előre meg^ynem határozható divergenciával.

A nem folytonos és divergens jelenségekkel foglalkozó módszert csak mostanában dolgozták ki. Ez a módszer képes arra, hogy leírja a formák evolúcióját a természet minden vonatkozásában és ennél fogva ez jól általánosítható elméletet tartalmaz. Ezt a módszert eléggé hatásosan lehet alkalmazni olyan helyzetekben, amelyeknél fokozatosan változó erők, vagy motivációk a maga-

tartás hirtelen változásaihoz vezetnek. Ez az oka annak, hogy a módszert katasztrófaelméletnek nevezték el.

Miután a biológiában és a társadalomtudományokban az egyéb modellezési eljárások gyakran nem eléggé informatívek voltak, ezért a katasztrófaelmélet elsősorban ezen tudományokban lehet hatásos. Ily módon a katasztrófaelmélet matematikai nyelvet biztosít az eddig ún. "nem egzakt" tudományok számára.

Az elméletnek pszichológiai alkalmazása mellett szól még az a gondolatmenet, mely a bonyolult pszichosomatikus kapcsolatok rendszerében a matematikának - mint semleges tudománynak - közvetítő, magyarázó szerepet szán. Ez lehetővé teszi olyan megfigyelések, tapasztalatok folyamatos szintézisét, logikus magyarázatát, melyek egyébként összefüggéstelennek, indokolatlannak tünnének.

Thom által 1972-ben nyilvánosságra hozott katasztrófaelméletnek még további két kiemelkedő érdemét szeretném hangsúlyozni. A törvényszerűségeket egzakt módon, matematikai úton bizonyította, de az általa bevezetett "elemi katasztrófa modellek" gyakorlati alkalmazása nem feltétlenül kívánja meg a bonyolult bizonyítási eljárás megértését, ill. figyelembevételét.

Az elmélet gyakorlati mondanivalója az alábbi tételbe sűrítendő: Bármely folyamatban, amelynek maximálisan

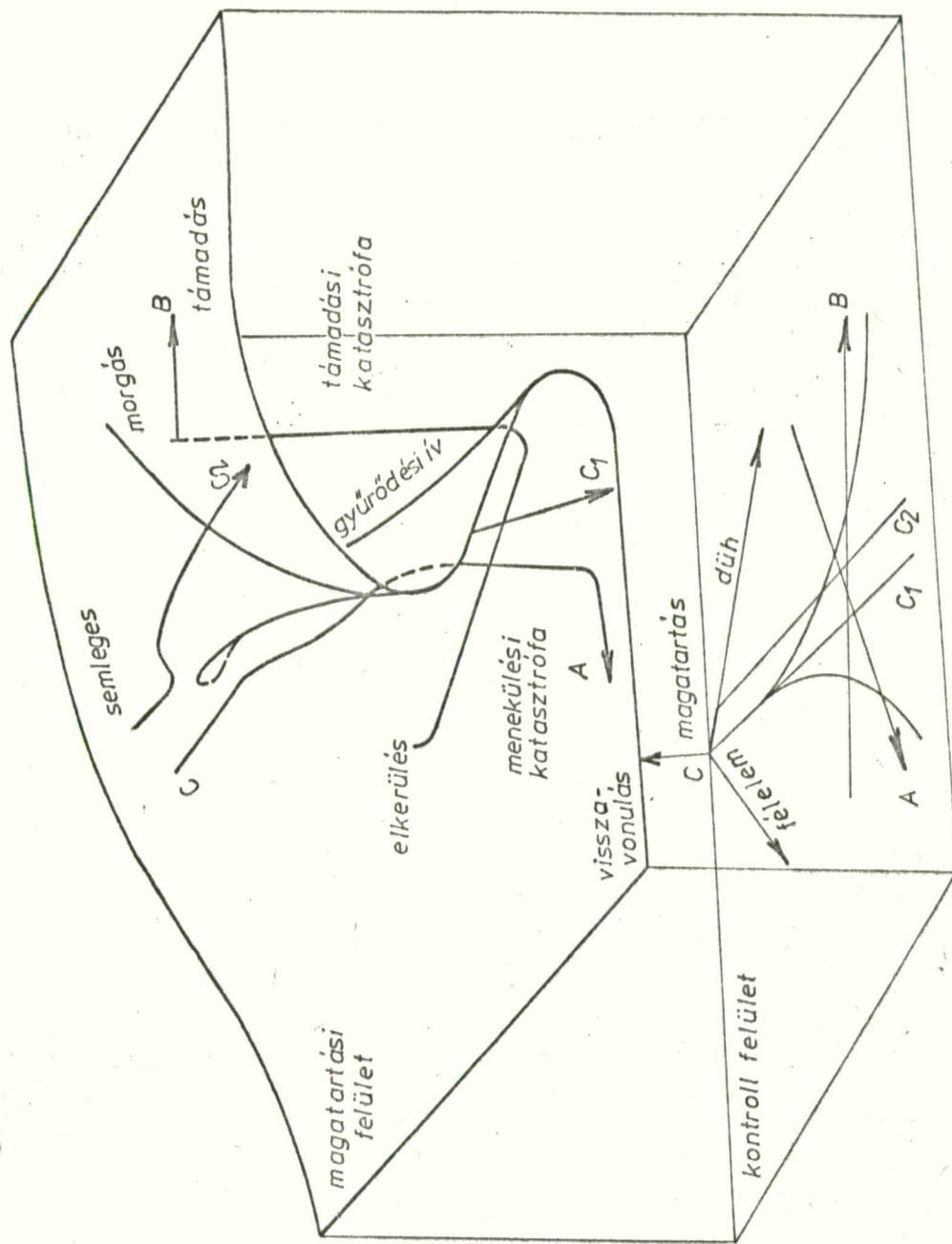
négy oka van, csak a következő hét elemi katasztrófa létezhethet:

Elemi katasztrófák	Ellenőrző magatartás /szabályozó/ dimenziók száma		Összes
gyűrődés	1	1	2
"hegycsúcs"	2	1	3
"fecskefarok"	3	1	4
"pillangó"	4	1	5
hiperbolikus	3	2	5
elliptikus	3	2	5
parabolikus	4	2	6

A hét elemi katasztrófa tehát négynél nem több tényezővel szabályozott jelenségek minden lehetséges diszkontinuitását /szakadását/ leírja. A katasztrófák mindegyike kapcsolatban van egy potenciál függvényvel, amelyekben a mérvadó paramétereket koefфициensek /a, b, s, d/ képviselik és a rendszer viselkedését a változók /x, y/ határozzák meg.

Az eddigi gyakorlatban a "hegycsúcs" modell mellett még főleg a "pillangó" modellt alkalmazták. Amint a táblázatban feltüntetett dimenziók is tükrözik, a "hegycsúcs" modell^a legmagasabb dimenziójú katasztrófa, mely teljességében megrajzolható. /1. 21. ábra/. A 4-5 dimenziójú modellek ábrázolása csak 2, vagy 3 dimenziójú metszetekkel lehetséges.

A kutyák agressziójának leírása az elemi katasztrófák egyikén alapuló modellel. (Zeeman 1976)



Esetenként 1-2 meghatározó tényező jelentőségének csökkentésével, figyelmen kívül hagyásával a "fecskefark", vagy "pillangó" katasztrófa egyszerűsített ábrája is elkészíthető. /l. 22. ábrát/.

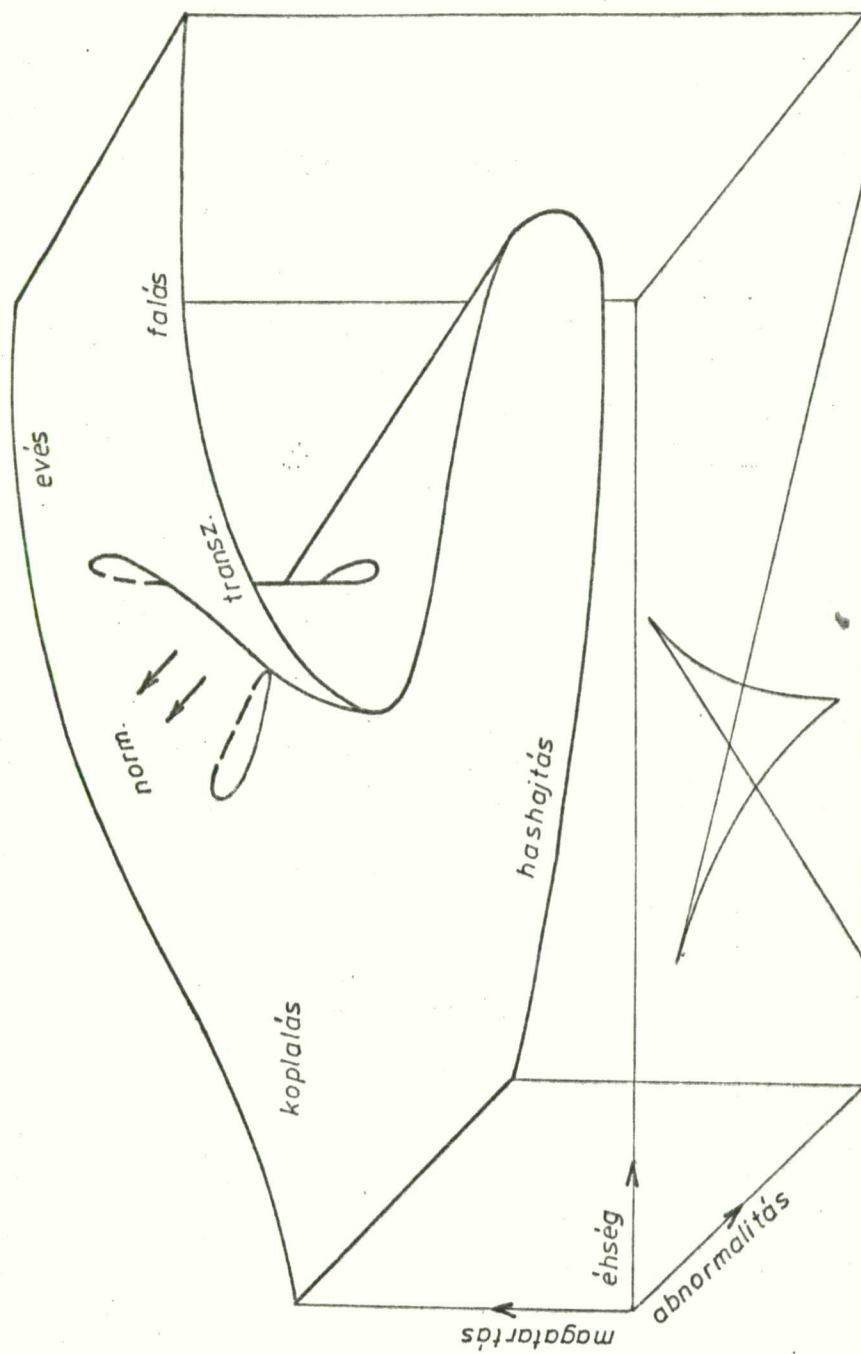
Elméletben az ellenőrzési és magatartási tér dimenzióinak növelésével akár végtelen katasztrófa-modell is képezhető. /V.I. Arnold szovjet matematikus 25 dimenzióig osztályozta a modelleket./ A valós világ jelenségeinek modellezésére az előzőekben leírt hét elemi katasztrófa-modell a legfontosabb, mert azoknál az ellenőrző térnek nincs több dimenziója, mint négy. A gyakorlati életben lényeges folyamatok nem igényelnek négynél több dimenziójú teret, mivel a világunkban is csak 3 térbeli és egy időbeli dimenzió létezik.

Példaként egy hegycsúcs - katasztrófa-modellt részletebben, majd egy pillangó-katasztrófa-modellt csak vázlatosan szemléltetnek.

Konrad Lorenz megállapítása szerint pl. a kutyák támadó magatartását, agresszióját csak két egymással ellentétes hatású tényező adja meg: a düh és a félelem. Félelmének és dühének külső, mérhető jelei is vannak: rémült félelem: a fülének hátrahúzása, nagyfokú düh: a száj tágabbra nyitása.

A modell megalkotásához felrajzoljuk a két mértékadó paramétert: a dühöt és a félelmet, mint az ellenőrző-felületnek nevezett vízszintes síkban fekvő két tengelyt.

Az „anorexia nervosa” folyamatának ábrázolása
 a pillangó katasztrófa modell egyszerűsített változatával.



A kutya magatartását egy harmadik tengelyen, magatartástengelyen mérjük, mely merőleges az ellenőrzőfelületre.

Az ellenőrző felület minden egyes pontjára vonatkozóan vagy egy legvalószínűbb magatartás, amelyet az ellenőrzőfelületen lévő pont felett a magatartásnak megfelelő magasságban elhelyezett ponttal jelölünk. Az ellenőrzőfelület azon pontjaihoz tartozóan, ahol vagy a düh, vagy a félelem a domináns, csak egy magatartáspontot kapunk. A közép felé azonban, ahol a düh és a félelem mértéke durván egyenlő, az ellenőrzőfelület minden egyes pontjához két magatartási pont tartozik. Az egyik az agresszív tevékenységre utal, a másik az engedmény tevékenységet jelöli. Ha az egész ellenőrzőfelületre vonatkozó magatartási pontokat összekötjük, akkor egy felületet kapunk, ez a magatartásfelület.

A katasztrófa-elmélet feltárja, hogy a felület egy részén lennie kell egy kettős gyűrődésnek, amelyek előlről hátrafelé haladva szűkebbé válik, majd eltűnik.

Katasztrófa akkor következik be, ha az X és az Y értékek /jelen példánknál a düh és a félelem/ változásakor a magatartásérték a gyűrődés egyik hajlásáról hirtelen a másikra ugrik. /Azaz pl. a kutya ingerlékeny magatartása agresszívba csap át./

Azt a vonalat, amelyik a magatartásfelület gyűrődéseinek éleit jelzi, gyűrődési ívnek nevezzük.

Ha ezt visszavetítjük az ellenőrző síkra, akkor az eredmény egy hengercsúcs-alakú görbe lesz. Ezért nevezik ezt a modellt "hegy-csúcs-katasztrófának".

A hegy-csúcskatasztrófa után a négy tényező által determinált "pillangó-katasztrófa" rendelkezik a leggazdagabb alkalmazási spektrumokkal.

A pillangó geometriáját négy paraméter szabja meg: ezek közül kettő ismert a hegycsúcs modellből $/X,Y/$, a két új tényező a torzítási tényező és a pillangó-tényező. A torzítási tényező megváltoztatja a hegycsúcs helyzetét és alakját. A pillangó tényező hatása az, hogy megadja a magatartás stabil alakját, kiemeli a kompremisszum stabilitását.

A példa: a pubertás, illetve adolescens-korú fiatal lányok én, illetve női identitásukkal kapcsolatos krízisükben időnként beteges, koplalásba átcsapó diétát tartanak. A koplalás szakaszait, amelyet az ételtől való undorodás kísér, homeosztatisztikus törekvésként a féktelen evés szakaszai váltják fel.

Ez a rendszert: - koplalás - féktelen evés - csúcs-katasztrófa-ként ábrázolható, ahol az éhség a normál tényező, az élelmiszerrel szembeni abnormalitás mértéke a kettéágazási tényező.

A beteg állapota körforgásba kerül, s katasztrófikusán ugrál a két extrém helyzet között, de nem tud hozzáférni a kettő közötti normál magatartáshoz.

Ebben a modellben a torzítási tényező - az önkontroll elvesztése, amit súlyvesztéssel lehet mérni.

A katasztrófaelmélet által ábrázolt gyógy mód újabb tényező - a pillangó tényező-bevonásával a pillangó-katasztrófa szerint egy további kettéágazást lehet előidézni. Ezzel új pálya alakítható ki, amely visszavezet a normál magatartáshoz.

A fenti modellben a felbátorodás válik a pillangó-tényezővé. A Hevesi által alkalmazott transz-terápia felbátorítja a beteget, csökkenti a bizonytalanságot, és ezáltal képessé teszi őt arra, hogy a normál magatartási állapotba kerüljön. Ez a tényező adja a magatartási felületen az új szigetet, amelyik a két szélsőséges felület között fekszik és amelyik ténylegesen hozzáférhetővé teszi a csúcs mögötti normál tartományt.

III. Melléklet

Egy foglalkozás vázlatos leírása

Színhely: Három egymással összefüggő kisebb és egy nagyobb körterem.

Időpont: délelőtt 9-11,30-ig

Téma:

- körtermi pedagógia /irodalom; környezetismeret; élővilág/
- Foglalkozásterápia /aktuális évszak-ősz-
színeinek, jelenségeinek különböző módon
történő ábrázolása; festés, rajzolás, levél-
gyűjtemény felragasztása, terménybábuk ké-
szítése.

Anyagok: dió, gesztenye, őszi levelek, makk, fenyőto-
boz, kukorica, rajzlapok, színes ceruzák, zsír-
kréták, ragasztó.

Demonstrációs eszközök: őszi tájat ábrázoló képek, il-
lusztrációk.

Ősszel kapcsolatos kötetelmények stúdión át:
Petőfi Sándor - Szeptember végén c. verse,
mondák az őszi, melyeket előző nap a gyer-
mekek mondtak magnetofonra.

A foglalkozás módja: Pedagógus egyénenként, vagy-ha-
sonló osztályba járó gyermekek esetében-kis-
csoportos módszerrel megtartja az "órát".

Ezalatt a legnagyobb kórteremben, nagy asztal körül, ülve, a heterogén életkorú gyermekek számára van foglalkozás. A foglalkoztató a különböző anyagokat a gyermekek - velük kapcsolatos élményeinek - mobilizálásával asztalra rakja, a különböző terménybábukat - dióból nyakláncot stb - készít velük.

Az utána következő rajzolás témája: őszi táj.

A pedagógiai foglalkozáson résztvevők közül folyamatosan csatlakoznak azok, akikkel már megtartotta a tanár az órát.

A nagyobb gyermekek elkészítik a levélgyűjteményt is.

Az irodalom órán résztvevő nagyobbak meghallgatják - stúdión át - Petőfi S. költeményét, majd az ősszel kapcsolatos versek, mondókák lejátszása után - még mindig a tevékenykedés közben - éneklés, őszi élmények /szüret, kirándulás/ verbalizálása következik.

Az óvodáskorúakkal néhány perces körjáték: "dombon tör a diót", "erre csörög a dió".

Foglalkozás után - fejhallgatókon keresztül - a nagyobbaknak további irodalmi illusztrációk a témához /Petőfi versek/ melyek a délutáni felkészüléshez adnak újabb információt, s élményt.

Vivaldi-Négy Évszak /ősz meghallgatása.

Célkitűzés

A különböző foglalkozásokon olyan ismeretet és élményt kell nyújtani, amely mindenkor kapcsolódik az oktatás valamelyik tantárgyához. Pl. irodalomórán Petőfi S. Szeptember végén c. verse.

- A természet megjelenítése terményekkel.
- Ismeretközlés - minden életkornak megfelelően - az aktuális évszokról.
- Manualitással egybekötött kreativitás, élménymobilizálás.
- Saját produkciók visszahallgatásán át további alkotásra való ösztönzés.
- Vers, zenehallgatás, művészi élménynyújtás, melynek egyénekre gyakorolt érzelmi hatásait a délutáni egyéni foglalkozásokon felmérhetjük.

Pszichológiai jelentősége: aktivitás-alkotás, a tevékenyében, ábrázoláson át. Egyéni szereplési lehetőségek - versmondás és irodalmi-zenei élményeken át katarzis. Petőfi Szeptember végén c. versén keresztül esetleg mélyebb pl. betegséggel, halállal kapcsolatos szorongás felszínre kerülése a pszichodiagnosztika és terápia számára. A hiányzó ingermintázottság mesterséges pótlása.

Az egyes művészi ágak /zene, irodalom/ életkori sajátosságokhoz adaptált bevonása képes a maga szimbolikus sűrítésével a hiányzó patternnek helyett olyan élményeket mozgósítani, melyek kompenzatorikus hatásuak:

- színek,
- akusztikus élmények - célzott alkalmazásával.

Termények jelentősége: a külvilág megjelenítése.

IV. MELLÉKLET

Példa a kórházi stúdió pszichoterápiás jelentőségének alátámasztásához

4. Krisztina

Életkora: 5 év

Dg. hypophysis eredetű tu? Mellékvesekéreg túlműködés.

A gyermek 6-8 hónap alatt mértéktelenül elhízott, normál magasság mellett /testsúly klinikai felvételnél:
36 kg/

Terápia: Szomatikusan előzetes kivizsgálások után mellékvesekéreg műtéti eltávolítása, a feltételezett tumor még nem bizonyított.

Kiemelések a gyermek pszichológiai anamnéziséből: A testvérsorban harmadik gyermek. Idősebb testvére, 9 éves fiú, pitvar-kamrai septum-defektus miatt szív-műtéten esett át.

Kisebb testvére: 2,5 éves, fiú.

A kislány a hirtelen súlygyarapodás miatt egyre inkább inaktív volt.

Ambuláns rendeléseken eleinte csak diétát javasoltak, feltehetően rossz étkezési szokásoknak tulajdonították a hízást. Amikor a folyamat drámai módon felgyorsult, az anya kétségbeesett, és magatartása a kislánnyal szemben erősen ambivalenssé vált. A gyermek regressziójára fokozottabb gyengédséggel reagált,

ugyanakkor gesztusaiban megjelentek az egyetlen leánygyermek "megcsúnyulásától való félelem" kettőségei, amelyeket időnként türelmetlenségi kitörésekkel a gyermek tudomására hozott, amikor az után viselkedett. A kritikus periódusban félelmét a harmadik, egészséges kisgyermekre is rávetítette, annak elővételezésével, hogy bizonyára az is rendellenes lesz valamikor.

A műtéti előkészítéssel és előzetes kivizsgálással egybekötött klinikai tartózkodás heteiben a gyermek egyre fokozódó depresszióval reagált mindenre.

Saját mozgásainak frusztrációt egyre nagyobb előfordulással reagálta le, mely a naponta jelenlévő anyja ambivalenciáját tovább fokozta.

IQ: Budapesti Binet teszt alapján: 1,10

Mozgás: a kézfejek erőteljes elhízása ellenére jó manuálitás, a többi mozgásforma nehezített, suta.

Terápia: Műtéti pszichológiai előkészítés, az ismeretlentől való félelem oldásával. A Világjáték-teszt-ben többször kapott ösztönzést a vágyott Én azonosítására.

A gyermek egyéni foglalkozásokon megközelíthető, kooperál, csoportban foglalkozás esetén passzív, elutasító.

Az anya pszichoterápiája később elemzésre kerülő krízisintervenció, valamint jó intellektusa miatt meggyőzés volt.

"Double bind" oldása.

Házi stúdió szerepe a pszichoterápiában: A gyermeket depressziójából valójában a stúdión keresztül történő szerepléssel sikerült kiemelni.

Kivánságműsorok alkalmával eleinte egy-egy műsor-szám bekonferálására sikerült rábírni. Így vált számára lehetővé, hogy a kórteremben való megmutatkozás nélkül szerepeljen.

Orvosok, nővérek, nagyobb gyermektársak elismerő megnyilvánulásainak hatására szabadabban mert mozogni a kórteremben, s egyre több mikrofon-szereplést vállalva már saját maga által fogalmazott szöveggel üzent a doktorbácsinak, társainak. Bizalma, kötődési készsége lassan kezdett helyreállni. A műtét után, amint jobban lett, első szociális értékű alkotása: magnóra mondott egy ajándékverset.

Jelenleg testsúlya kezd normalizálódni, anyjával kapcsolata megközelíti a preamorbid állapotot. Óvodai visszailleszkedése folyamatban van. Akusztikus értékű megnyilvánulásokat fokozottabban preferál, az óvodában is. /ének, vers/

A stúdió jelentősége ebben az esetben: Az Én-képben súlyosan megzavart, magát 6-8 hónap alatt idegennek megélő gyermek a rejtőzés és produktivitás attitűdjét kapta meg.

Az akusztikus megnyilvánulások lehetőségével önértékelését, szociális kapcsolatait sikerült még a test-séma pozitív helyreállítása előtt a helyes irányba terelni.

Fentieket már sok végtag-amputált, vagy betegsége alatt deformálódott gyermekkel kapcsolatban tapasztaltuk. Az intellektuális kompenzálásnak ez a módja megjelenésében és mozgásában korlátozott gyermekek esetében mint a pszichoterápia első lépése, - melyre a további effektusokat ráépíthetjük - hatékonynak bizonyult.

Megjegyezzük, hogy a gyermekkorházak ilyen rendszerrel való ellátását fontosnak tartjuk, mert minőségileg többet jelent ez a rendszer egy-egy magnetofonnál, melyet a szülő megvesz gyermekének, mivel itt a technikai apparátus csak kiegészítője annak a koncepciónak, mely a gyermek egyéni adottságaihoz adaptált ingereket és önmegmutatkozási lehetőségeket szervez. Kíváncsú, hogy a problematikával és az ily módon elért eredményekkel a pszichológusok, - akik a rehabilitációt szervezik - tovább foglalkozzanak.

V. MELLÉKLET

Esetismertetések a krízisintervenciós jellegű
pszichoterápiás eljárások alátámasztásához

1. C. Katalin Életkor: gondozás kezdetekor: 1,8 év
exit időpontjában: 3 év

Az Anya életkora: 37 év

Dg.: Wilms-tumor

Az Anya személyisége: határozott, jó önkontrollfunkciókkal rendelkező, szocializált, jellegzetesen belső-kontroll - dimenziés, jó intellektusú, kifejezetten nőies pszichoszexualitással. Megjelenése rendezett, öltözködése kissé feltűnően színes, de harmonikus. Igen jó kontaktus-készségű, nyitott. A kórházi interperszonális kapcsolataira jellemző: jól kooperáló, az orvossal, nővérrel együttműködő, mértéktartó. Aggályait verbalizálja, a kapott magyarázatokat átgondolva elfogadja, saját véleményét nyilvánító. Attitűdje a kórházzal kapcsolatosan pozitív, segítőkész olyan esetben is, amikor egy vállalt feladat kívül esett saját gyermeke érdekein.

Az Apa: zárkózott, szomatizáló típus, kommunikációja egyoldalúan elfogadó, kételyeit meg nem fogalmazó, feleségére érzelmileg támaszkodó, tekintélytisztelő, a krízis állapotában a többletmunkát, az egzisztenciális biztonság fenntartását vállalja, a pszichológus számára direkt úton nehezen megközelíthető személyiség.

Nagymama: akinek kulcszerepe volt a terápiában - lányához, az anyához hasonló alkatú, unokáját és lányát erején felül rendszeresen támogató, jól kooperáló, együttműködő, fokozott empátiás készséggel rendelkező személyiség, aki 65 éves kora ellenére rugalmas, divergens gondolkodásra képes. Átlagon felüli szocializációs készségű, az anyához-lányához hasonlóan érzelmeit, empátiáját a mások gyermekeire kisugárzó, aktív dinamikus egyéniség.

Gyermek: életének első három évére nyomta rá bélyegét a betegség. A dg. közlése utáni, műtéti időszakban 2 éves. Igen erős, koránál intenzívebb dependencia jellemezte anyjával, idegen személyek számára lassan és nehezen megközelíthető. Egy évi pszichoterápiás jellegű foglalkoztatás után megközelíti életkorának átlagát, kiscsoportos óvadás szinten aktív, verbalitása jó, foglalkozásterápia számára adekváтан megközelíthető, az exit napján is kontaktus-képes.

Exit - illetve az ezzel kapcsolatos krízis-intervenció

Exit lezajlása - terminális stádium 48 óra

Szerda: reggel 9^h a kezelőorvos közli az anyával, hogy az exitus órákon, vagy 1 napon belül várható.

Pszichológus: a gyermek ágyánál segít az éjjeliszekrényen lévő tárgyakat átrendezni, csendes, háttérbe vonuló, de jelenlévő attitűd.

Az Anya és a nagymama felváltva ülnek a gyermek mellett, aki ekkor már eszméletlen, csak másodpercekre nyeri vissza öntudatát.

Amikor a nagymama ül a gyermek mellé - néhány perces beszélgetés történt az anyával a folyosón. Az anya itt és ekkor udvarias, kéri: ha dolgom van, tegyem - ugyanakkor őszintén megmondja, hogy jólesik a jelenlét. Felajánlok egy kávét, melyet csak a C-osztályon tudok megfőzni, áthívom őket a pszichológusi szobámba. A nővér, aki igen jól együttműködik, - ezalatt a gyermek mellé ül.

Ekkor de. 11^h, a kialakult beszélgetés alkalmával - kávé mellett - az anya megfogalmazza:

- 1. Csak az nyugtatja meg, hogy a kislány tudott alkotni, örülni, mindene-megvolt.
- 2. Tudja, hogy az orvosok mindent megtettek, de nem lehetett segíteni.
- 3. Jólesik neki, hogy nincsenek a szituációban egyedül.

Nehézségek:

- 1. Fiatalon ment férjhez, első gyermeke most 21 éves, akinek olyan korú gyermeke van /unoka/ - mint most az ő kislánya. Megfogalmazza, hogy unókája láttán mindig nehéz elviselni a tudatot, hogy Kati nincs.

Du.15^h. Mialatt napi egyéb teendőimet végeztem, átlag félóránként benéztem az elkülönítő szobába, ahol az anya és nagymama felváltva ültek a gyermek ágyánál. Az ilyen alkalmakkor szokásos ampátiás kérdések: nyugodtabban alszik?... könnyebb a légzése, stb." biztosítják a jelenlét és odafordulás folytonosságát.

16^h. Anya és nagymama megkérnek: maradjak a kislány ágya mellett, hogy hazamehessenek váltás fehérneműért, üdítőitalért a gyermeknek, hátha még szüksége lesz rá. "A páromnak is odakészítem a vacsorát:"...

18^h. Visszatérnek. Megbeszéljük, hogy hazamegyek vacsorázni és azután velük töltöm az éjszakát. Mindketten igyekeznek lebeszélni, de végül megfogalmazzák: Nagyon jól esik, ha nincsenek egyedül.

19^h. Otthoni tevékenységem közben egyszercsak felvillan előttem a nagymama arca, mintha rosszullétet titkolt volna. Erősen hypertóniás, mint ezt az előző beszélgetésekből már tudtam. Azonnal felhívtam a klinikát, ahol az ügyeletes orvos már megmérte a tensiót: közel 300 Hmm. Megfelelő injekciót és gyógyszert kap.

21^h. Visszatérek a klinikára. Nagymamát nem tudjuk lebeszélni arról, hogy ottmaradjon. A Pszichológiai helyiségben néhány órára lefektetjük. Felváltva virrasztunk a kislány mellett.

Amikor nyugodtabb a légzése, beszélgetünk. Ezek a beszélgetések látszólag csapongóak. A köznapi teendők, főzés, férjének gondozása, a betegség éve alatt házastársi kapcsolat, unokájához, felnőtt fiához való viszony, a lakás berendezése, közeli és távoli anyagi és egyéb terveik stb. mind szóba kerülnek. Természetesen hosszabb időre a haldokló gyermek problematikájától nem térünk el, hiszen az anya teljes érzelmi készenléttel arra fordul. De minden kis szünetet igyekszem kitölteni /folyamatos asszociációk a kifelé vezető útról/ olyan témákkal, amelyek az u t á - n a való élettel kapcsolatosak.

Kb. hajnali kettő óráig tart ez a szakasz. Ekkor sikerült az anyát egy órára lefektetni a gyermek ágya mellé állított kemping-ágyra.

Hajnali 3^h. Az anya felriad: a gyermek /akinek mellkasi metastasiai vannak/, fulladva, hörögve lélegzik. Azonnal szólok az ügyeletes orvosnak, aki oxigénnel könnyíti a légzést.

Hajnali 5^h. Az anya körüljárja a többi kórtermet és a kitakaródzott gyermekeket betakarja. Valamelyik felsír, megsimogatja, megcsókolja.

6^h. Visszajön a nagymama.

7^h. Az anyán az elgyengülés jelei mutatkoznak. Sír, fáradt, kétségbeesett. "Ha maga nem lenne, nem lenne

erőm. Biztosan sokszor átélte ezt itt, és tudom, hogy majdnem úgy fáj magának is, mint a szülőknek"...

8 - 10^h. Az osztály napi életébe bekapcsolódva - viziten vagyok jelen. Az anya áthív: "ugye már nem olyan a színe?" Osztályvezető orvos javasolja: búcsúzzunk el a kislánytól. Ettől kezdve^a 12^h-kor bekövetkező exitusig a folyosón ülünk, beszélgetünk.

A pszichológus megfogalmazza: a gyermek boldog volt, szeretet vette körül, testi fájdalmait enyhítették, anyja - a legfontosabb számára - vele volt.

Az anya az osztály, az orvosok munkáját tiszteli, ezt mondja a veszteség pillanatában is.

12^h. Az orvos közli az exit tényét. Az anya bemegy a gyermekhez, egy percre összecsuklik. Mellette állok, felfogom.

Magához tér: "bocsánatot kérek, hogy nem voltam elég erős" - mondja.

Átmegyünk a Pszichológiára. Ott várjuk az apát, aki-nek munkahelyére telefonálm meg, hogy azonnal jöjjön. A nagymama lányát erősíti.

Az apa megérkezik 14^h. Az anya öt óvó, gyengéd összeszedett módon tudatja vele: "elaludt" ... Kérlek és igénybe veszik a másnapi praktikus tennivalókban való segítségnyújtást.

15^h. - Taxit hívok és elmennek.

Exit utáni nap: Az anya behozza a gyermek legszebb játékait a többieknek. Később értesít a temetés időpontjáról, ahová betegség miatt nem tudok elmen-
ni.

Exit után két hónap: Az anya bejön, elmondja: kijár-
nak a telekre. Behozza ajándékba azt a gyöngyöt, ami-
vel Kati karon ülő korában babrálni szokott.

Exit után 13 hónap: sirkőavatást terveznek, telefonon
értesítenek.

Ezután bejön, beszámolva arról, hogy a munka tereli
el őket valamennyire.

A tervezett terhesség nem sikerül. Megbeszéljük, hogy
zaklatott lelkiállapotban van, és ez most természetes.
Közben konzultálok orvosokkal, van-e genetikai kocká-
zat. Nyilatkozat: nem nagyobb, mint más idősebb de
harmadik gyermekét még negyven év alatt szülő nőknél.

Átlag negyedévenkénti további találkozások. Ahányszor
a klinikára jön, mindig meglátogatja a kezelőorvosokat,
mindig megköszöni, hogy annyit tettek a gyermekéért.
Mindig bejön a pszichológushoz. Életvitelük rendezett.
Csendes szomorúsággal élnek, de tele vannak emberi oda-
fordulással pl. a kórház ügyeivel kapcsolatban.

Exit után két és fél év. E sorok fogalmazása közben
történt, hogy a nagymama boldog mosollyal jön:

"Emma 7 hónapos terhes. Jól van. Eddig titkoltuk, mert már sokszor csalódott. Azt mondta az orvos: minden a legnagyobb rendben van."...

Összefoglalva: A gyermek bekapcsolása a foglalkozásterápiába oldotta a műtét utáni és az azt követő bizonytalanságokat, szorongásokat.

Az anya örömmel vette tudomásul a gyermek bontakozó alkotói készségét, maga is erősítette azokat, otthon is. A három év körüli kislány természetesen szoros dependenciában volt anyjával, de az a karján hozta a foglalkozásokhoz és fokozatosan hagyta magára.

Az anyának - gyermeke testi rosszabodása időszakában - már elmélyült kapcsolata volt a pszichológussal. Magától értetődőnek tartotta, hogy mindent megoszt vele.

Aktiv érdeklődést mutatott a klinikai problémák iránt. Segítette pszichológiai munkánkat. Megnyugtatót síró gyermekeket. Nekik is hozott ajándékot.

A drámai helyzetben elfogadta a pszichológus jelenlétét. Elfogadta azoknak a kifelé vezető hatásoknak a tendenciáit, amelyekről azelőtt már beszélgettünk.

Saját elesettségében a legintimebb segítséget természetesen vette, mindig éreztetve gesztusaival: ez az odaforulás kötelező őt arra, hogy tartsa magát.

Belső kontroll-determinált személyiség, aki humanizált tendenciáit a krízis állapotában tovább erősítette magában. /Magasabb személyiségnívó: azelőtt saját családi életével volt elfoglalva - s elmondása szerint - most minden ott ápolt gyermek sorsa miatt aggódott, mindenki felé tett empátiás gesztusokat.

Maga keresi utólag a pszichológussal való találkozásokat, rendszeresen tartja a kapcsolatot.

Létrejött terhessége bizonyítja: a benne amugy is meglévő önrendezési tendenciákat olyan irányba terelte, amelyek szerinte és férje szerint képesek hátralévő életükben további célokat adni.

2. R.Tamás

Dg. neuroblastoma. 8-11 éves korig Exit 11 év.

Anya: ÉK. Exitnél: 33 év.

Gyermek: praemorbid állapotával kapcsolatban: anyja első házasságából származik. Nagyszüleivel együtt laknak, mivel az anyai nagymama 17 évesen exitált fiára hasonlított, születéstől kezdve a család túlkényeztető nevelési attitűdje vette körül. Anyja a gyermek 5 éves korában, alkoholizmus miatt elvált férjétől. Második házasságának elején kezdődött a gyermek betegsége. Második házasságából egy, Tamásnál 5 évvel fiatalabb fiúgyermek van.

Második házassága is válással zárult. Az anya szerint férje nem volt elég gyengéd és megértő a beteg gyermekkel. Első remissziója alkalmával állítólag úgy megverte, hogy vérezni kezdett az orra. Az anya ekkor összecsomagolta a két gyermeket és ismét anyjához költözött.

Tamás: IQ: 90. Lassú pszichomotoros tempó, mozgása szögletes, csendes, nehezen aktivizálható gyermek. A pszichoterápia megkezdésekor anyjával erősen regresszív kapcsolat, nyafogó, követelődző magatartás. Az anya ezt maximálisan kielégíti, ugyanakkor ambivalens, panaszkodik, időnként dühkitörésekkel reagálja le a gyermek viselkedését.

Az anya külső kontroll által determinált, hisztéroid színezetű reakciójú, az őszinte megrendülést teatrálian kifejtő, orvosokat, nővéreket pszichológust állandóan "foglalkoztató" viselkedésű. A beteg gyermekre való centrálás összes tanújelét adja, napokat tölt a klinikán, kisebb gyermekét teljesen a nagymama felügyeletére bízva. Erős dependenciaigénye lehetővé teszi, hogy pszichoterápiás manőverezéseinknek hamar alanyává válik. Jó megjelenésű, jó intellektusu, látszólag adaptálódik célkitűzéseinkkel, de állandó "jutalmazást", megerősítést is igényel.

A közelgő tárgyvesztést igen intenzíven éli meg, ugyanakkor ezt verbálisan egészen az utolsó hetekig hárítja. Modell: anyja, aki 17 éves fiát veszítette el, s így a családban/ falu, racionális háttér: mindenki mindent tud/ hagyományai voltak az anyai "mártir" szerepnek.

A foglalkozásterápiában a gyermekeket kissé agresszíven bekapcsolni akaró magatartása, a gyakran tapasztalható "double bind" nem elég meggyőzőek, így a pszichológus az átlagosnál többet foglalkozik vele.

Lehetővé tettük számára a tevőleges segítséget, pl. kórtermi foglalkozások vezetését bíztuk rá, mivel erősen szomatizálta is indulati-érzelmi problémáit s intellektusa a humanizálás más módjait nem tette lehetővé. Ebben a minőségben a "klinika segítője" /reálisabb magatartás/, a mások gyermekei felé való fordulás irányába direkt utakon tereltük.

Dependenciaigénye miatt igényelte a közelség fokozottabb módját, stílusa az átlagosnál közvetlenebb. Jóindulatát, segítőkészségét minden módon igyekezett bizonyítani.

Mivel munkahelyét a kisebbik gyermekkel való gyermekgondozás lejárta után bedolgozással cserélte fel, melyet csak formálisan látott el, sok ideje maradt. E téren, s a kisebb gyermekkel való jobb kapcsolat ki-

alakítása terén próbáltuk befolyásolni.

A beteg gyermek hanyatlásának idejére sikerült elérnünk, hogy egészséges kisfiával érzelmileg odaadóban törődött és munkahelye felé is orientálódott.

Ezzel, valamint azzal, hogy egy olyan partnerkapcsolat felvételét támogattuk, melyre az anya büntudat nem motiválta eléggé, - sikerült elérnünk, hogy vállalta a faluja, szülei által erősen nehezményezett saját életdimenzió érvényesülését. A beteg gyermekkel kapcsolatban az utolsó pillanatig odaadó igyekezet lenni, de megnyilvánulásai egyre inkább tükrözték a tárgyvesztés minden aspektusát, s szinte még a gyermek életében rituálisan élte ki "az utolsó lehetőségek" megnyilvánulásait.

Mivel jó hatásúnak látszott külső kontrollvezérelt attitűdjét humanizálni, a klinika problémáinak megoldását segítő dimenzió irányában - lehetővé tettük, hogy napi gondjainkba belelátva, segítsen. Így vállalt olyan feladatokat, hogy pl. csekkre foglalkozásterápiás eszközöket vásárolt helyettünk, s elfogadtuk időnként túl közvetlen megnyilvánulásait is.

Az exitus olyan váratlanul történt, hogy a pszichológus nem lehetett jelen, de az első személy, akit az anya értesített, ő volt.

A gyászreakciók - szülei és faluja által determinált - lefuttatása után vállalta új, s véleményem szerint tudatosabban szervezett kapcsolatát, újra felvette a munkát. Utógondozása még folyamatban van.

3. B.Katalin

Dg: myeloid leukémia . Életkor: 14-15 év

Exit: 15 év

Súlyos, szeptikus állapotban került klinikánkra. Bőrfekélyesedés, gyengeség, hónapokig tartó lázas állapot jellemezte - februártól-júliusig, amíg remissióba került.

A kislány rendkívül finom megjelenésű, halk, szeretetreméltó. Hamarosan az ápoló-gyógyító személyzet egyik kedvence lett. Átlagon felüli intellektus. IQ=130.

Humán érdeklődésű, olvasni szeret, zenét tanult.

Pszichológus számára is jól megközelíthető, kontaktusba könnyen lép, annak ellenére, hogy az inkább introvert személyiség a kapcsolatban jól megmarad, lassan oldódik, közlékenysége idővel fokozódik.

Az anya: 36 éves, határozott, kissé rideg személyiség, inkább belső kontrolldimenzió jellemzi. Megjelenése mindig rendezett, molett, jó izomzatú, egészségesnek tűnő ember, aki a kislány betegsége feletti megrendülést is jól palástolja, praktikus tennivalók intézésével.

A kislánynak súlyos állapotában juttatott külön szobát otthonosan berendezni, hazulról hoz másnaponta házi ételt, Zárkózott, nem közlékeny, egyszerű, tájszólásban beszélő, tekintélytisztelő személyiség, aki a kapcsolatot nem utasítja el. Praktikus intelligenciája igen jó, helyzetfelismerő készsége, lényeglátása később alkalmassá teszi a pszichológussal való együttműködésre. Férjével való kapcsolatát az jellemzi, hogy a csendes, depresszióra hajlamos emberrel szemben vezető szerepet tölt be, de ez nem bántó.

Katin kívül egy 19 éves fiúk van, aki - mivel igen fiatalok voltak, amikor az született és egzisztenciálisan akkor alapozták meg életüket, inkább az anyai nagymama nevelése alatt nőtt fel. Szüleinél a szép és nála jóval tehetségesebb húga mellett a perifériára szorult. Feltehetően ez okozta, hogy az Én-identitási krízis időszakában apjának nem tetsző baráti társaságba került, amely mint referencia-csoport játszott szerepet életében. Fizetését a barátaival való szórakozásra költötte, így apja a maga csendes módján folyamatosan elégedetlen volt vele szemben. Szüleitől való elszakadását mélyítette az a tény is, hogy Budapesten tanult szakmát. Egyik közeli rokona főbérleti lakásában lakott, majd e lakás tulajdonosa lett, de^a lakást katonaköteles kora miatt nem foglalta el.

Szüleivel való kapcsolata tekintélyelven alapuló, formális.

Az apa a kislánnyal olyan szoros érzelmi kapcsolatban volt már a praemorbid állapotban is, amely a freudi ödipális komplexus határát súrolja a szó érzelmi értelmében. Szoros depⁿedenciájukban - az apa egyszerűbb intellektusa miatt - a kislány fokozatosan átvette a vezető szerepet, abban az értelemben, hogy apja feltétel nélküli áhítattal és rajongással kezelte a gyermek minden megnyilvánulását. A kislány egyáltalán nem agresszív természetű, nem élt ezzel vissza, tisztelettel és szeretettel vette körül apját, a vezető szerep inkább latens.

Az apa: súlyos depresszióba került. Hónapokra munkaképtelen. A pszichiáter által felírt gyógyszereket nem szedi azzal az érveléssel, hogy rajta csak az segít, ha Kati jobban lesz. Magatartását nem tudja szabályozni, a gyermek előtt is könnyekre fakad, hetek alatt kilókat fogyni. Anya elmondása szerint otthoni magatartása is erősen depresszív színezetű, tétlenül ül, a kertet elhanyagolja, csak a mater által kért házi teendőket végzi el.

Az apa szakmunkás, anya a kislány nevelése miatt háziipari szövetkezet számára bedolgozást vállal.

A gyermeket mindketten túlidealizált módon szeretik.

Otthon mindennel körülvették. A körtermi foglalkoztatást eleinte leszólják, makacsul hajtogatják: nem érdekli itt őket semmi, csak már hazavihessék a kislányt. Idővel a gyermek állapotának csekély javulása okozza, hogy törekvéseinket értékelni kezdik, mivel a kislány, amint jobban lett, örömmel fogadja a körházi pedagógust, tanul, irodalmi érzéke lévén mesét iratunk vele a gyermeknek, amelyet körtermi dramatizálással elő is adatunk Kati születésnapján, amelyet családiásan tortával, szépen díszített asztallal ünnepelünk meg.

A fenti hatások, valamint az a tény, hogy az amúgy szeretetre méltó kislány itt is-a kedvenc szerepét játssza a szülők szemében megnyerte annyira a bizalmukat, hogy elfogadták a pszichológus jelenlétét, illetve az általa képviselt hatásokat.

Pl. néhány hét múlva a pater alkalmassá vált arra, hogy belássa; ha a gyermek előtt sír, akkor árt vele neki, hiszen Kati gyengesége ellenére örömmel alkot. /A kislánynak szóló terápiás lépés volt, hogy feladatul tűztem ki: apját ő erősítse/. A gyermek előtt idővel sikerült úgy beállítani a helyzetet, hogy édesapja az iránta érzett felfokozott szeretet miatt omlott össze, és nincsen oka ilyen mértékű elkeseredésre. Az apa a gyermek hatására kezdte összeszedni magát.

Az anyával időközben kialakult olyan kontaktus, hogy lehetett vele beszélni férje gyenge idegállapotáról. Mivel a pater a depressziós időszakban megközelíthetetlen volt, az anyának felvilágosító jellegű beszélgetésben elmondottam, hogy férfiaknál az aktivitás visszaépülésének egyik mérhető jele a szexuális aktivitás. Az anya elmondta, hogy ez a betegség hónapja alatt teljesen megszűnt férjénél. /Az apa 41 éves/. A bedolgozás miatt mindig később lefekvő anya úgy intézte, hogy férjével egyidőben feküdjék le. Néhány hét múlva egy zavart mondottal utalt rá, hogy életük kezd a rendes mederbe térni. Ez egybeesett a kislány fokozott javulásával is.

Az első remissió kb. hat hónapos kórházi tartózkodás után következett be, így a kislány a nyarat szüleivel töltötte. Heti egy alkalommal kontrollra jöttek, úgy az apa, mint a gyermek pszichés állapota rendezettnek tűnt.

Szeptember elején egy kontrollnap alkalmával /szabadság miatt egy hónapig nem találkoztam velük/ a gyermeket az ambulancián sírva találtam, az apa több kilót fogyott, maga is könnyezett. A pszichológián elmondták, hogy az anya a megyei kórház sebészeti osztályán fekszik, négy napja operálták, s az orvos az apával közölte, hogy gyógyulásra nem sok esély van.

Az apa-gyermek kapcsolat itt, ezen az állomáson fordult meg. A kislány apjának valóban támaszává vált, szemmel láthatóan csak az ő megnyugtatója tartotta felszinen az apát.

A pszichológusnak itt a megnyugtató attitűdöt kellett képviselnie, annál is inkább, mert az orvosi előrejelzések szerint a kislány vérképe jelentősen romlott, s már nyilvánvaló volt, hogy heteken belül klinikai bentfekvésre kerül sor. Ezért az apát igyekeztem biztosítani, hogy valószínűleg félreértette a sebészfőorvos szavait, hiszen egy súlyos műtét után az orvos nyilván nem mondhatja: a beteg jól van. Míg az apa és a gyermek az egyik helyiségben várakozott, felhívtam a megyei kórházat, s amíg a másik orvos elterelte a figyelmet, szaknyelven felvilágosítottam az illetékes kezelőorvost, hogy a kislány is menthetetlen, tehát a feleség állapotával kapcsolatban szintén a folyamatos dg. közlés módszerét lenne tanácsos alkalmazni. Az orvos elmondotta, hogy az anyának inoperabilis rectalistumora van, anus-prae kivarrása mellett kb. egy évig lesz viszonylag elfogadható állapotban. Természetesen vállalta az apa megnyugtatóját.

/Meggjegyzés: malignus beteg esetében a pszichoszomatikus szemlélet fokozott érvényesítése lenne célszerű. A beteg hozzátartozóinak aktuális élethelyzetére, egyéb problémáira, pszichés teherbíró-képességére gondolunk itt./

Tekintettel arra, hogy kb. egy év prspektívát kaptunk az anyával kapcsolatban, úgy véltük: ez idő alatt a kislány sorsa is eldőlt. Sajnos javulásra kevés kilátás volt. Az apát az orvossal történt megbeszélés értelmében sikerült megnyugtattunk.

"Aki időt nyer, életet nyer"-... értelmében megkezdtük az apa és a gyermek fokozottabb pszichoterápiáját. A kislány befektetésére október hónap folyamán került sor, s ettől kezdve egyre kisebb időtartamokat tölthetett otthon.

A gyermek pszichés teherbíróképességét az anya csökkent munkaképessége és betegsége erősítette. Addig - egészségesen - nem volt arra szükség, hogy a háztartással kapcsolatban segítsen, most megváltozott a helyzet. Nemi identitásának az a tudat, hogy pozitív periódusaiban ő gondoskodik az otthonukról, jót tett. A kényeztető attitűd apja felfogásában is átrendeződött, áttanszponálódott a "partner - a bajban" attitűd irányába.

Mivel úgy az anya, mint a gyermek betegségének végzetességét elővételezni lehetett, pszichoterápiánk során praktikus szempontokat is figyelembe kellett vennünk, azok érzelmi hozama mellett. Így kezdtünk el a család ekkor egyetlen egészséges tagjára, a 19 éves fiúgyermekre centrálni.

B. Sándor ekkor kapta meg katonai behívóját, mely az apát - szintén praktikus okokból - szorongással töltötte el. A feleség ápolása, s a háztartás vezetése, valamint az időközben klinikánkra befektetett kislány rendszeres látogatása azzal járt, hogy vagy a körzeti orvos jóindulatából, meggyengült idegrendszere miatt táppénzes állományba vették, vagy gyakran kellett fizetés nélküli szabadságot kivennie. Így egy fizetésből éltek, s anyagi problémáik is jelentkeztek. Fia volt az egyetlen rendszeres keresőképes a családban. Erre hivatkozva felvetettük az apának, hogy megkíséreljük fia számára a katonai szolgálat elhalasztását kieszközölni. Levelet írtam a Kiég. Parancsnokság illetékeseihez, akik a mellékelt orvosi igazolások alapján indokoltnak tartották javaslatunkat.

Ekkor az anya, akit saját állapota nyilván szorongással töltött el, feltehetően elhárításként kérte: vonuljon be Sanyi, mert szeretné egyenruhában látni. Saját gyógyulását hangsúlyoztatva rábeszélte fiát a bevonulásra.

Ez annál inkább is könnyen ment, mert a fiú, akinek szüleivel való szoros kapcsolata már régen számos frusztrációt szenvedett, tulajdonképpen félt vállalni azt a szerepet, hogy tevőlegesen végignézi apja

mellett a két beteg gondozását. Mindezt a pszichológussal való beszélgetés során verbálisan is megfogalmazta: szeretne magához hasonló fiatalok között lenni, s majd akkor hazamegy, ha anyja állapota rosszabbodik. /Mivel nála is a folyamatos dg-közlés módszerét alkalmaztuk, nem tehattuk, hogy a birtokában lévő halasztási engedélyre hivatkozva rábeszéljük motivációinak ellenkezőjére. /Katonai szolgálatának megkezdése után rendszeresen leveleztünk vele, részben támasznyújtó attitűd, részben a közlések folyamatosságát biztosító stílusban és tartalommal.

Havonta egyszer, kimenője alkalmával személyesen is felkeresett, beszélgetéseink célkitűzése az volt, hogy fokozatosan előkészítsük apja támogatására. A saját identitásában kissé bizonytalan fiatalember fokozatosan megnyílt: elmondotta, hogy szülei részéről azelőtt csak kritikát kapott, s a barátokban talált érzelmi támaszt.

A személyiségnívójának emelkedése, empátiás készségének fokozása kellett ahhoz, hogy ráébredjen: a húga mellett mellőzött szerepből, most kulcsfontosságú szerep vár rá: apjának egyetlen élő hozzátartozója marad, s rajta múlhat, hogy a 42 éves ember, felesége és lánya elvesztése után nem követ-e el suicidiumot.

Mivel a fiú alapjában véve pozitív emocionalitású, hűgát szerető, kényeztető magatartású volt, - a rá váró feladatok, s a hűgának közeli elveszítése végül kiváltotta azt a katharzist, amely a krizisból való magasabb személyiségnívójú kiemelkedést biztosíthatja.

Mindebben segítségünkre volt az alezredes, - aki személyesen beszélgetett vele, maximálisan engedélyezte az eltávozásokat - valamint közvetlen főnökei a honvédségnél.

Katalin állapota az őszi hónapok során egyre rosszabbodott, ennek ellenére mind aktívabban kapcsolódott be a foglalkozásterápiás munkába.

Az ő általa írt meséket egyre gyakrabban dramatizáltuk.

Pszichoterápiás jelentőséggel bírt az a tény, hogy a pedagógus rendszeresen oktatta, valamint az, hogy pálya-orientációját elősegítettük. Életének szinte utolsó pillanatáig alkotott, rajzolt. Szintén pszichoterápiás jelentőséggel bíró tény volt, hogy felvetettük az általa kiválasztott zenei gimnáziumba.

Az apa a felesége betegségével járó praktikus tennivalók /beteg gondozása, háztartás, a kislány hazai ételekkel való ellátása/ ^{során} a gyermek betegségének kezdetén tapasztalt depressziót oldotta.

Fizikai terhelést jelentő napi tevékenysége tűrőképességét fokozta. "Egyre inkább vállalta sorsát".

Az anya állapota átmeneti hanyatlás után jobbá vált. Ekkor meglátogatja a kislányt, akinek hazaadására már nem volt lehetőség. Kezdeti rideg megnyilvánulásai a foglalkozás és pszichoterápiával kapcsolatban - saját állapotának megrendülése miatt - eltűntek. Megköszönte, hogy a súlyosan beteg gyermek életét alkotással tesszük tartalmassá, és úgy, hogy Kati ne érzékelje, - tulajdonképpen "elbúcsúzott" tőle.

A hat héttel ezután bekövetkezett exitusig már nem látta a gyermeket.

Exitus

Az exitus előtt három nappal telefonon felhívtam a laktanyát, hogy Sanyi rendkívüli - hosszabb időre szóló - eltávozását, vagy ha lehet - leszerelését kérem. Az alezredes megígérte, hogy amint a fiatalember a több napos gyakorlatról a laktanyába visszatér, azonnal szabadságolja. Ez a tény az exitus napján következett be, de úgy, hogy Sanyi nem ért^{ke} a klinikára, csak a húga halála után.

Szerda de. 11^h. Az apa megérkezik, látja hogy a kislány eszméletlen, illetve morfin-kábulatban alszik. Légzése ekkor már rendszertelen. A magával hozott éretelt félreteszi, azzal, az ilyenkor gyakran fellépő irreális reménnyel, hogy majd ha magához tér, - elfogyasztja.

A pszichológus a vele való beszélgetés során a maximálisan támasznyújtó attitűdöt képviseli. Anyagi problémákról, Sanyi aktuális helyzetéről, leszereléséről igyekszik vele beszélgetni.

Az apa a teljesen önálló, regressziós kapaszkodó magatartást tanúsítja. A gyermek ágya mellett visszapergeti a múltat, a sok szép emléket. Amikor elkönyezi magát - a feszültség kifuttatási lehetőségét megadva - az élet ezután következő céljairól - - promotív szándékkal - igyekszem asszociáltatni. Ekkor fiával kapcsolatban még negatív emocionalitással nyilatkozik meg, ugyanazt az elszakadást verbalizálva, amit eddig is megfogalmazott.

Du. 14^h: Az apa, akinek magatartása egyre hullámzóbb, - feltűnően nyugtalanná válik, hangoztatja: haza kell mennie, hogy megnézze feleségét, akit a szomszédokra bízott. Indirekt közléssel felhívjuk a figyelmét arra, hogy kislánya valószínűleg még aznap exitál. "Este kilencre visszaérek"... mondotta, és egy hirtelen elhatározással három órakor elindult. Alig hagyta el az épületet, a laktanyából telefonon értesítést kaptam, hogy fia elindult a klinikára,

Du. 17,30^h. Exitus.

A pszichológus: otthoni tennivalóinak elintézésére hazamegy, azzal az elhatározással, hogy mire az apa

visszaér, ott legyen a klinikán.

Az apa este 21.30^h-kor megérkezik. Az orvos közli vele az exit tényét. A már kiürített elkülönítő szobában elsiratja a kislányát, majd Pipolphenes nyugtatás után a Pszichológiai helyiségébe vezetem, közlöm vele, hogy fia a laktanyából elindult, nem értem, miért nincs még a klinikán. A teljesen kimerült ember néhány órára elalszik. Ezalatt Sanyi ittasan telefonál, s kérdi: mi van a húgával, mivel az alezredes azt mondta, sürgősen szüksége van rá az édesapjának. Telefonon a halál tényét nem közölhetjük, kértem jöjjön be a klinikára. "Nem bírok most odamenni" - mondja.

Az apa alvás után kb. hajnali három órakor - felébredve eleinte arról beszél, hogy életének csak addig van értelme, amíg felesége él. Időközben elfogadta és feldolgozta az asszony várható halálának tényét. Kettőjük azelőtti viszonyában a mater volt az irányító, most a testi elesettség /anus prae/ miatt a viszony megfordult. Az ápolóvá vált férj és anya otthon elsiratták már Katalint, s most az apa higgadt racionalizmussal kifejtette: Sanyinak nincs szüksége rá, így, ha feladatait elvégezte: suicidiumot követ el.

Ekkor említettem neki: Fia telefonált, de zokog, alkoholba menekült, nincs ereje bejönni a klinikára.

Tudja, hogy édesanyját is hamarosan elveszíti, 19 éves korában otthonának teljes szétesése, a szeretett személyek elvesztése olyan trauma, amely egész életére tönkretelheti létének perspektíváját. Az apának kötelessége fia életét egyengetni, mellé állni, számára a megmaradt otthont megmenteni, pálya-érettségét elősegíteni, partnerkapcsolataiban tanácsot adni, stb.

A beszélgetés ekkor /hajnali 5 óra/ megfordul. Az apa egyre gyakrabban mondja: hol lehet "ez a gyerek"... Anyja is aggódik, ha nem kerül elő stb.

Apa: "köszönöm, amit a kislányért tettek, amíg élt. Elindulok".

Hová? - kérdésre: "haza, ahol vár a fiam, akit ráncba kell szednem. Itt lett volna a helye a klinikán".

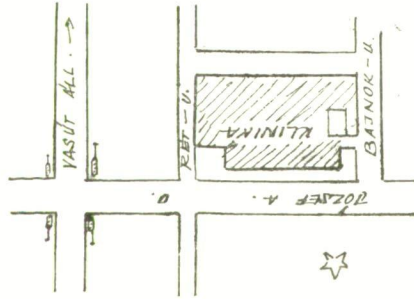
Egy nappal később az apa, a rokonok és Sanyi eljönnek, hogy a temetéssel járó teendőket intézzék.

Az apa: Sanyival szemben erélyes, de határozottan közelítő attitűdöt képvisel.

Búcsúnál: "Talán lesz egyszer egy olyan unokám, mint Katika volt."...

Kedves Szülők!

A Pécsi Orvostudományi Egyetem Gyermekklinikája ezen ismertetővel szeretne néhány fontos tanácsot, útmutatást adni a klinikai ápolásra szoruló gyermekek szüleinek. Reméljük, hogy ezzel is hozzájárulunk ahhoz, hogy a szülői háztól való elszakadás ne hagyjon vissza kellemetlen emléket gyermekükben és, hogy a gyermekek minél hamarabb gyógyultan térhessenek vissza édesanyjukhoz, édesapjukhoz.



A Pécsi Gyermekklinika címe: GYERMEKKLINIKA, PÉCS, 7623 Pécs, Bajnok utca. (Mivel korábban a bejárati József Attila utca felől volt, még ma is használatos a József Attila utca 7. számú cím.)

A klinika megközelítése: Vonattal érkezők a Szabadság úton egyenesen haladva az első vilányrendőrnél balra fordulva 300 méter után elérik a klinikát, illetve a Bajnok utcát;

autóbuszszal: a klinika közelében van a 10-es, 20-as, 27-es, 30-as, 31-es autóbusz megállója.

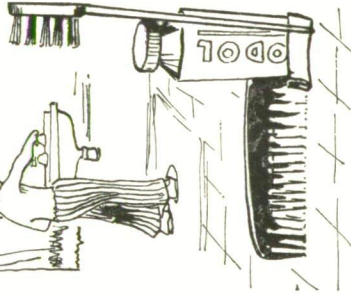
Hogyan készítsük elő a gyermeket klinikai felvételre?

Magyarázzuk meg gyermekünknek egyszerű szavakkal, értelmi képességüknek megfelelően, hogy miért lesz szükség arra, hogy a klinikán maradjon. Ha elegendő idő áll rendelkezésre, ezt lépésről lépésre végezzük el. Mondjuk el, hogy a klinikán levő orvosok, nővérek nagyon szeretik a gyermekeket, s meg fogják őket gyógyítani. Igérjük meg, hogy meglátogatjuk majd őket. Ha műtét szükséges, ezt is mondjuk el. Ne féljünk közölni a gyermekkel, hogy esetleg kis fájdalom is fog érezni, lehet, hogy injekciót is fog kapni. Alapelvünk legyen, hogy ne vezessük félre a gyermeket.



Mit hozunk a gyermekkel a klinikára?

Amennyiben a gyermek otthon már mos fogat, fogkefét és fogkrémet. Fésűről se feledkezzünk el. A klinika ad pizsamát, hálóinget és papucsot, azonban ezeket a szülők otthonról is hozhatják (kivéve a fertőző osztályok).



Ha a gyermeknek van beceneve, apró szokása, „titkai”, ezt mondják el a felvevő nővérnek. Ha van olyan étel, melyet a gyermek különösen szeret, vagy nem szeret, ezt is közöljék a nővérrel. Mielőtt elmennek a szülők a klinikáról, búcsúzzanak el gyermeküktől és mondják el, hogy mikor jönnek látogatni.

Érdeklődés telefonon

A klinika telefonszáma 10-144. A telefont a portás veszi fel, ekkor mondjuk be az osztály nevét, ahol a gyermek fekszik. Telefonon általában csak rövid, a beteg általános állapotára vonatkozó felvilágosítást adunk.

A részletesebb felvilágosítást személyes beszélgetés során — általában a látogatás folyamán — adnak az osztály orvosai.

A osztály	36-os mellék
B osztály	14-es mellék
C osztály	18-as mellék
Csecsemő osztály	48-as mellék
E osztály	79-es mellék
Koraszülött osztály	38-as mellék
Belgyógyászati osztály	56-os mellék
Sebészeti osztály	11-es mellék



Látogatás

Technikai és egészségügyi szempontokból a klinika kénytelen a látogatások időpontját szabályozni. Így: szerda 11,00—11,30, 16,00—17,00; vasárnap és ünnepnap 11,00—11,30, 15,00—16,00 óra között. Inlokot esetekben az osztály orvosai adhatnak engedélyt a látogatásra a fenti időpontokon kívül is.

A látogatás során bővebb felvilágosítást lehet kérni az osztály orvosaitól a gyermek betegségéről, gyógyításáról.

A klinikán bentfekvő betegeket 14 éven aluli gyermekek nem látogathatják. Egyben kérjük azokat a szülőket, felnőtt látogatókat, akik nem teljesen egészségesek (pl. influenzások, lázasak, hasmenésesek), a fertőzés veszélye miatt ne látogassák hozzátartozóikat.

A klinikán hosszabb ideig fekvő gyermekek mindig nagy örömmel veszik, ha szüleik, ismerőseik, osztálytársaik levelezőlapot, levelet írnak. Ha ezt postán küldik, kérjük, a klinika címe és a gyermek neve mellé az osztályt is feltüntetni, ahol a beteg fekszik.



Étel, édesség, ital

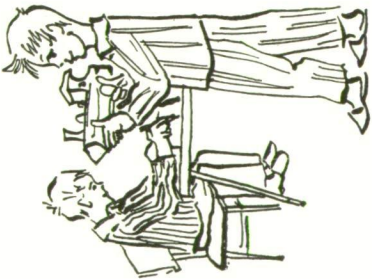
Kérjük, hogy az osztályos nővér tudta nélkül semmit se adjunk a betegeknél. A gyermekek egy része, gyógyulásiuk érdekében, csak speciális ételeket fogyaszthat. Pl.: a sebészeti osztályra, ahol a gyermekek altatva, illetve operálva lesznek, se élt, se italt ne vigyünk be.

Kérjük a látogatókat, hogy az osztályon és a kórteremben ne dohányozzanak.

Tanulás és játék a klinikán

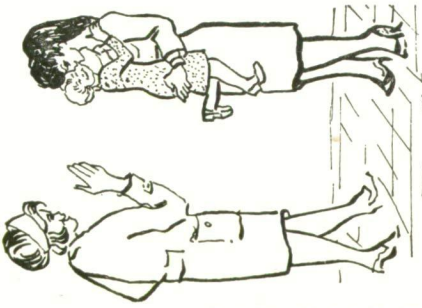
Iskolába járó gyermekek hozhatnak magukkal füzetet, tankönyvet vagy egyéb olvasmányt. Minden osztályon egy bizonyos mennyiségű játék áll a gyermekek rendelkezésére.

A szülők hagyhatnak vagy hozhatnak be gyermekük részére egyszerűbb játékokat, azonban előbb ezeket mutassák meg a nővérnek. Ismert, hogy bizonyos ártalmatlannak tűnő játékok komoly veszélyt jelenthetnek a gyermek számára. A klinika a gyermekekkel hagyott játékokért anyagi felelősséget nem tud vállalni.



Hazamenetel

A gyermek klinikáról való hazabocsátása egyaránt boldog nap a beárthat, a szülő és az ápoló személyzet számára. Néhány hetes klinikai ápolás után a gyermek visszelkedését a szülők gyakran megváltozottak, szokatlannak tartják. Ez a szülők részéről fokozottabb megértést igényel. A fenti enyhe magatartásváltás általában 1–2 hét alatt rendeződik, megszűnik.



*

Kérjük a szülőket, hogy amennyiben gyermeküket a klinika ambulanciájára ellenőrző vizsgálatra viszszarendeljük, hasonlóan a klinikai felvételhez megfelelően készítsék elő.

Pécsi Gyermekklinika
orvosai és nővérei

PÉCSI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM
GYERMEK KLINIKA



Néhány tudnivaló szülőknek

Felelős szerkesztő:

DR. PINTÉR ANDRÁS

Felelős kiadó:

DR. MESTYÁN GYULA

Készítette
a MÉV nyomda Tipográfia szocialista brigádja
társadalmi munkában

Felelős vezető:

SPERCZEL JÁNOS

POTE GYERMEKKLINIKA
PSZICHOLÓGIA

Kedves Szülő!

A beteg gyermek nevelésénél különféle szempontokat kell figyelembe venni. A leggyakrabban előforduló tíz tényezőt választottuk ki és mindegyiket a többivel párba állítottuk./szabálytalan sorrendben/ Az így kapott és az alábbiakban feltüntetett 36 párosban kérjük je-
lölje meg aláhúzással, hogy MELYIK TÉNYEZŐT TARTJA ÖN FONTOSABBNAK
GYERMEKE LELEKI EGYENSÚLYA SZEMPONTJÁBÓL!

Lehet, hogy csak árnyalati különbséget talál valamelyik szempont ja-
vára, de mindenképpen csak a páros egyik tagját jelölheti meg. Kérjük,
hogy sorban haladjon és ne sok töprengéssel - valamennyi páros ese-
tében döntsön. A kérdések aláhúzásával pszichológiai gondozó munkán-
kat segítik, melyet szeretnénk hatékonyabbá tenni. Köszönjük munká-
jukat.

Neme: / fiu / / lány /

Születési idő:

Betegség kezdete:

kivánság feltétlen teljesítése	/A/-orvosnál egyúttérzés nyilvánítása	/B/
hajhiány parókás fedése	/I/-napi kórházi látogatás	/C/
gyógyulás kilátásba helyezése	/H/-javuláskor munkavégzés	/D/
fokozott szülői önfegyelem	/G/-iskolai sikerélmény	/E/
testvérrel szembeni előny	/F/-kivánság feltétlen teljesítése	/A/
napi kórházi látogatás	/C/-orvosnál egyúttérzés nyilvánítása	/B/
javuláskor munkavégzés	/D/-hajhiány parókás fedése	/I/
iskolai sikerélmény	/E/-gyógyulás kilátásba helyezése	/H/
testvérrel szembeni előny	/F/-fokozott szülői önfegyelem	/G/
kivánság feltétlen teljesítése	/A/-napi kórházi látogatás	/C/
orvosnál egyúttérzés nyilv.-sa	/B/-javuláskor munkavégzés	/D/
hajhiány parókás fedése	/I/-iskolai sikerélmény	/E/
gyógyulás kilátásba helyezése	/H/-testvérrel szembeni előny	/F/
fokozott szülői önfegyelem	/G/-kivánság feltétlen teljesítése	/A/
javuláskor munkavégzés	/D/-napi kórházi látogatás	/C/
iskolai sikerélmény	/E/-orvosnál egyúttérzés nyilvánítása	/B/
testvérrel szembeni előny	/F/-hajhiány parókás fedése	/I/
fokozott szülői önfegyelem	/G/-gyógyulás kilátásba helyezése	/H/
kivánság feltétlen teljesítése	/A/-javuláskor munkavégzés	/D/
napi kórházi látogatás	/C/-iskolai sikerélmény	/E/
orvosnál egyúttérzés nyilv.-sa	/B/-testvérrel szembeni előny	/F/
hajhiány parókás fedése	/I/-fokozott szülői önfegyelem	/G/
gyógyulás kilátásba helyezése	/H/-Kivánság feltétlen teljesítése	/A/
iskolai sikerélmény	/E/-javuláskor munkavégzés	/D/
testvérrel szembeni előny	/F/-napi kórházi látogatás	/C/
fokozott szülői önfegyelem	/G/-orvosnál egyúttérzés nyilvánítása	/B/
gyógyulás kilátásba helyezése	/H/-hajhiány parókás fedése	/I/
kivánság feltétlen teljesítése	/A/-iskolai sikerélmény	/E/
javuláskor munkavégzés	/D/-testvérrel szembeni előny	/F/
napi kórházi látogatás	/C/-fokozott szülői önfegyelem	/G/
orvosnál egyúttérzés nyilv.-sa	/B/-gyógyulás kilátásba helyezése	/H/
hajhiány parókás fedése	/I/-kivánság feltétlen teljesítése	/A/
iskolai sikerélmény	/E/-testvérrel szembeni előny	/F/
javuláskor munkavégzés	/D/-fokozott szülői önfegyelem	/G/
napi kórházi látogatás	/C/-gyógyulás kilátásba helyezése	/H/
orvosnál egyúttérzés nyilv.-sa	/B/-hajhiány parókás fedése	/I/

K é r d ő i v

- 1.Gyermeke megbetegedése előtt mit tudott a rosszindulatu betegségekről? Változott e azóta a véleménye?
- 2.Mit jelentett az Ön számára az orvosi felvilágosítás?
- 3.Hogyan reagált, amikor megtudta, mi a gyermeke betegsége? A betegség alakulása, gyermeke későbbi állapota bizakodóvá tette e?
- 4.Hogyan gondolkodik gyermeke jövőjéről?
- 5.Mennyi időt töltött a gyermek mellett a klinikán/ egész nap, x órát, vagy csak látogatási időben/?
- 6.Hiányzott e emiatt munkahelyéről? Hogyan oldotta meg?
- 7.Ha vidéki, hogyan oldotta meg az utazást, a szállást Pécsen?
- 8.Ki vállalta a család ellátását, amíg Ön Pécsen tartózkodott?
- 9.A fenntartó kezelés alatt volt e valamilyen probléma? Szövődmény, visszaesés? Feltalálta-e magát ebben a helyzetben?
- 10.Ki kíséri ellenőrzésre, kezelésre a gyermeket?
Ha vidéki, mennyi időt vett igénybe az utazás, milyen nehézségeik vannak?
- 11.Ki vállalja az otthoni gondozás legnagyobb részét?
Történt e feledékenységből mulasztás a gyógyszer szedésében?
- 12.Mi a foglalkozása, mi a beosztása?
- 13.Történt e változás az alábbiakban a betegség következtében:
 - munkahely
 - beosztás
 - fizetés
- 14.A betegség óta hány napot, munkaórát hiányzik évente? Táppénz?
- 15.Részesültek e valamilyen állami, munkahelyi anyagi támogatásban?
- 16.Főnökei, munkatársai mennyire értették meg helyzetét, tudtak e valamilyen segítséget nyújtani?
- 17.Mennyire változott meg a család élete a betegség óta/kapcsolatok, feladatok a családban/?
- 18.Hány gyermeke van?
Tervezik e még új gyermek születését a családban?
- 19.A testvérek hogyan viszonyulnak a beteg gyermekhez?
- 20.Mennyire tartja a család régebbi ismerőseivel a kapcsolatot?
/Nem szigetelődtek e el/?

21. Keresett e kapcsolatot a klinikán a többi hasonló betegségű
gyermek szüleivel? 22
22. Jelenleg gyermeke otthon van,
a nagyszülőknél
óvódába jár
iskolába jár?
23. Igényelt-e a gyermek magyarázatot arra, hogy mi a betegsége?
Mit mondott neki erről? Ki beszélt neki a betegségről?
24. Észlelte-e valamikor, hogy szorong, fél a gyermek?
25. Mitől félt: a vizsgálatától,
az orvosi beavatkozástól,
a betegség ismeretlen következményeitől?
26. Hogyan érezte magát a klinikán? Barátkozott-e a többi gyerekkel,
elzárkózott, követelőző lett-e?
27. Milyen segítséget nyújtott a klinika a hosszú benntartózkodás
alatt a gyógyszeres kezelésen kívül/pszichológus, játék, foglalko-
zás, tanulás,/?
28. Jelenleg hogyan látja helyzetét a gyermek? Hogy érzi magát?
29. Hogyan viseli el a sok gyógyszert, azok mellékhatását/hajhullás,
rossz közérzet, .../agyakori ellenőrzést, utazást?
30. Hogyan tudott a régi közösségbe visszailleszkedni?
31. Hogyan viselkedik otthon, az iskolában /szorongó, visszahuzódó,
anyjához ragaszkodó vagy ellenkezőleg eleven, vidám, felszabadult/?
32. Volt-e arra szükség, hogy pszichológushoz forduljanak?
Rendszeresen, időszakosan járna hozzá? Mikor milyen kezelést
kapott a gyermek? Milyen eredménnyel?
33. Észlelt e változást a gyermekben a betegség óta?
Ha igen, milyen irányban, minek tulajdonította?

A következő kérdésekre akkor válaszoljon ha gyermeke iskolába jár!

34. Kellett-e évet halasztani a betegség miatt?
35. Mennyit hiányzik a kezelés, ellenőrzés miatt?
36. Hogyan tudja pótolni a hiányzásokat / kinek a segítségével /?
37. Volt-e szükség arra, hogy külön tanárt fogadjanak?
38. Mennyire maradt-el a többiektől a tanulásban?
39. Hogyan nyilvánul ez meg az eredményekben, romlott-e a tanulmányi átlaga?
40. Zavarják-e a korlátozások / testnevelés, játék, ... /?
41. Jár-e valamilyen külön órára?
42. Szívesen jár-e iskolába?
43. Mennyire barátkozó?
44. Megértéssel találkoznak-e a pedagógusok részéről?
45. Milyen segítséget nyújtottak a klinikán a tananyag elsajátításában?

Kérem írja le, hogyan értékeli a klinikán szerzett tapasztalatait alapján az ott dolgozó kollektíva munkáját.

Mivel volt elégedett, mit képzelne el másképpen?

Milyen lehetőséget lát arra, hogy a tartós kezelést igénylő betegségek esetén a gyermek és családjának körülményein javítsanak.

Tájékoztató a IX-XIV. sz. mellékletehez

Napi gyakorlatunkban rendszeressé vált, hogy pszichoterápiás gyógyító munkánk jobb ellátásához külső társadalmi segítséget kérjünk, különböző vállalatok szocialista brigádjaitól.

A sokrétű támogatások hasznos voltát vitatni nem lehet.

/El. Sebészeti osztálynak csonthúzó készüléket alkotak rajz alapján, különböző ajándékok stb./

Mellékletként, a szervezés és megvalósulás dokumentumaiból csatolok egy-egy példányt a sok közül, melyek a pszichológusi munkát ilyen megvilágításban is reprezentálják.

PÉCSI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM
GYERMÉKKLINIKÁJA

Igazgató: DR. MESTYÁN GYULA

egyetemi tanár

7623 Pécs, József Attila u. 7.

Telefon: 10-144.

IX.sz.melléklet

Pécs, 1979.március 22.

17./1979.Gykl.

Üi: Liebhadt L.

Igen tisztelt Igazgató Elvtárs!

A Pécsi Orvostudományi Egyetem Gyermekklinikájának vezetősége és dolgozói nevében azzal a kéréssel fordulok Önhöz, hogy a Nemzetközi Gyermekérv alkalmából Vállalata klinikánk belgyógyászati és neuropszichiátriai osztályának szocialista patronálást nyújtson, ha erre lehetősége van.

Klinikánk ezen osztályain a beteg gyermekek nagyobb része krónikus, hosszú ideig tartó, esetleg életre szóló betegségben szenved, jelentős hányaduk pedig rosszindulatu vérképzőszervi, vagy daganatos betegség miatt szorul ápolásra. Ezeknek a gyermekeknek élete hosszú hónapokig, esetleg évekig, kisebb kihagyásokkal, kórházi körülmények között zajlik. A felnőtt ember is nehezen viseli a kiszolgáltatottságot, tehetetlenséget és elkülönítést, a gyermek számára ez még nehezebb, mert belátásra még nem képes és el kell szüleitől is szakadnia.

Foglalkozás-terápiás munkánkkal játék, tanulási és alkotói lehetőségeket próbálunk teremteni e betegeinknek, továbbá pszichológiai és pedagógiai vezetést, támogatást.

E munkánk és törekvéseink feltételeinek megvalósításában jelentős és hálára kötelező segítséget jelentene Vállalatok és Szocialista Brigádok alkotó segítsége.

Kérem Igazgató Elvtársat, ha lehetségesnek tartja, hogy az ÖN által vezetett Vállalat és a klinikánk között ilyen kapcsolat létesüljön, szíveskedjék értesíteni, a részletek megbeszélése céljából.

Szívélyes üdvözléssel

egyetemi tanár

Gyermekklinika igazgatója



FINOMKERÁMIAIPARI MŰVEK „ZSOLNAY” PORCELÁNGYÁRA



Pécs, Zsolnay Vilmos u. 69.
Telefon: 10-266
Telex: 12-304
MNB: 201-02661

Pécsi Orvostudományi
Egyetem Gyermekklinikája
Dr. Mestyan Gyula
igazgató elvtárs
7623 P é c s
József A. u 7.

Levelünk jele

Ig. /.../ 79.

Ügyintézőnk

Levelük jele

170/1979. Gykl.
1979. V. 8.

Ügyintézőjük

Tárgy : Gyermekklinika társadalmi segítése

Pécs, 1979. jun. 4.

Levélcím: 7601 Pécs, Pf. 173

Tisztelt Igazgató Elvtárs!

Kézhez vettem fentiekben hivatkozott keltű és számú levelüket. Levelükben foglaltakat szocialista brigádvezetőinknek adtam át azon célból, hogy a brigádok a levelükben kért segítséget adják meg. A brigádvezetőkkel történt megbeszélés eredménye a következő:

Segítséget tudunk nyújtani a Klinika lakatosmunkáinak elvégzésében, erre felajánlást tettek a Gépipari üzemünk Rákóczi Ferenc, Május 1. és Tyitov szocialista brigádjai. A munkálatok elvégzésére szocialista szerződést kötnek igazgató elvtárs megbízottjának előkészítésével és közreműködésével. Továbbá amennyiben gyári hulladék anyagokból /úgy mint hulladék vas, hulladék fenyő fűrészáru/ kell valamit a Klinika részére készíteni, a szükséges anyagokat társadalmi segítészként biztosítjuk.

Fentiekben tulmenően vállalták szocialista brigádjaink 1 db televízió beszerzését és a Klinika részére társadalmi segítés formájában történő átadását.

Fentiekkel kívánunk hozzájárulni a Gyermekév keretein belül ahhoz, hogy az Önök intézményében lévő, ápolásra szoruló gyermekek jobb körülmények között gyógyulhassanak.

Elvtársi üdvözléssel
ZSOLNAY PORCELÁNGYÁRA
Bosnyák János
igazgató



KESZTYŰGYÁR

7625 PÉCS, SÖRHÁZ U.36
TELEFON: 13-633

7601 PÉCS, PF. 148
TELEX: 12-254

MNB. 240-04118

Pécsi Orvostudományi Egyetem
Gyermecklinikája

Dr. Mestyán Gyula egyetemi tanár
igazgató

P é c s

GYÁREGYSÉGEK:

2. SZÁMÚ GYÁR
7627 PÉCS, VADÁSZ U. 83.
TELEFON: 10-066

SIKLÓSI GYÁR
7801 SIKLÓS, GYÜDI ÚT 1
TELEFON: 58. 65

BŐRRUHÁZATI GYÁR
7627 PÉCSBÁNYATELEP,
KÓRHÁZ TÉR 8.
TELEFON: 11-333

DOMBÓVÁRI GYÁR
7201 DOMBÓVÁR,
KESZTYŰS UTCA
TELEFON: 11-52. 11-53

A LEVÉL KELTE
ÉS SZÁMA

ÖNÖKNÉL: 197

NÁLUNK: 197

9. május 30. 4 303

ÜGYINTÉZŐ

ÖNÖKNÉL:

NÁLUNK

TÁRGY:

Igen tisztelt Igazgató Elvtárs!

170/1979. Gykl. számú levelére válaszolva közlöm,
hogy az Ön által javasolt patronálást a vállalat,
illetve szocialista brigádjaink részéről szívesen
vállaljuk.

A részletek megbeszélése céljából szíveskedjenek
felvenni a kapcsolatot Baranyai Magdolna vállalata-
ti szakszervezeti titkárral vagy távollétében
Muzslay Istvánné szakszervezeti titkárral.

Üdvözlettel:

KESZTYŰGYÁR

Gulyás József
vezérigazgató

Együttműködési megállapodás

A Pécsi Orvostudományi Egyetem Gyermekklinikája /Pécs,
József Attila u.7./ és a Pécsi Faipari Szövetkezet /Pécs,
Bolgár Néphadsereg u.10./ közötti együttműködésről.

A Gyermekklinika részéről, Dr. Mesttyán Gyula egyetemi tanár és klinikaigazgató, levelével a szövetkezetet megke-reste az általa vezetett intézmény patronálása tárgyában. A szövetkezet elnöke megbeszélte a kérés teljesíthetőségét a szövetkezet szocialista brigádjainak vezetőivel, akik vállalták a szükség szerinti és a szövetkezet tevékenységi körébe tartozó munkák elvégzését. Szövetkezetünk Vezetősége 1979. május 25-én tartott ülésén határozatot hozott az együttműködésről.

Az intézmény és a szövetkezet vezetői megtárgyalták szocialista együttműködésük lehetőségeit és ennek figyelembe-vételével megállapodnak abban, hogy kölcsönös megértésre alapozva fogják azt bonyolítani.

Az intézmény megbizottja, időnként összegyűjti a felmerült igényeket, közli a szövetkezet vezetőségével a szövetkezet titkárságán keresztül.

A szövetkezet a felmerült igényekre reagálva a működési szabályzatnak megfelelően termelésbe adja.

A felmerülő szükséges anyagok, vagy egyéb eszközök értékelés-számlálása a bizonylati fegyelem betartásával történhet, /utalványozás, szállítózás stb./

A kivitelezéshez szükséges termelő munkát a szocialista-brigádok a vállalt felajánlások szerint, szükség szerint, üzemen, vagy a helyszínen az intézményben végzik.

A munkavégzés során mindkét fél kellő gondossággal jár el az ügyben, hogy a helyszínen a munka és egészségvédelmi, valamint tűzrendészeti követelmények biztosítottak legyenek.

Kölcsönösen mindkét fél köteles az együttműködésben, társadalmi tulajdon kezelésében gondosan eljárni.

Az intézmény felajálja a patronáló szövetkezet tagságának, vezetőségének együttműködésüket, egészségügyi felvilágosító nevelő munkában, a gyermekgondozás, nevelés terén felmerülő szükség szerint, üzemekben, munkahelyi tanácskozások alkalmával, nőbizottsági rendezvényen való közreműködésüket.

Pécs, 1979.V.25.

.....
Dr. Mesttyán Gyula
Pécsi Orvostudományi Egyetem
Gyermekklinikájának igazgatója

.....
Klement László
Pécsi Faipari Szövetkezet
elnöke

Pécs, 1980. január 14.

600/1979. Gykl.

Üi: Liebhadt L.

Pécs M. Város Tanácsa

Gazdaságpolitikai Bizottság

Társadalmi Munkát Szerző Albizottsága

P é c s

Széchenyi tér 1.

Értesítem, hogy a Pécsi Orvostudományi Egyetem Gyermekklinika 1979. évben 10 vállalat összesen 18 szocialista brigádjától kapott értékes, hasznos segítséget, támogatást, 105.284 Ft. értékben. Mindezek a klinika betegek környezetének szebbé, otthonosabbá tételéhez, de több esetben közvetlenül gyógyító munkánk javításához járultak hozzá.

A Pécsi Faipari KSZ kiváló gyermekbutorokat készített és javító-karbantartó munkát végzett.

A Pécsi Kertészeti Vállalat játszótér kialakítását kezdte el, és könyveket, ajándékokat adott betegeinknek.

A Zsolnay Porcelángyár szocialista brigádjai virágtartókat, közösen TV-készüléket, gyermekruhákat, játékokat, könyveket ajándékoztak. A Rákóczi Ferenc brigád speciális gyógyítóeszközt készített számunkra.

A Kesztyűgyár szocialista brigádjai függönyöket, játékokat készítettek betegeink részére.

A Mecseki Szénbányák Villamos Üzemének szocialista brigádjai udvari locsolóberendezést készítettek, továbbá a klinika részére tartalék áramforrás szerelését kezdték el társadalmi munkában.

A Szikra Nyomda írólapokat és képesfüzeteket,

A Konzum Áruház különböző játékokat adományozott.

A Vasas KSZ szocialista brigádja galvanizálási munkával,

A Postaigazgatóság brigádjai színes gyermekruhákat, diavetítőt ajándékoztak betegeinknek

A fentebb részletezettek jelzik a nyújtott segítség nemes célját, emberi és anyagi értékét. Kérem, ha erre mód van, betegeink és szüleik, a klinika valamennyi dolgozója és a magam nevében is hálás köszönetünket kifejezni szíveskedjenek valamennyi Vállalatnak és Brigádnak.

Tisztelettel

egyetemi tanár

a Gyermekklinika igazgatója

PÉCSI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM

GYERMEKKLINIKÁJA

Igazgató: DR. MESTYÁN GYULA

egyetemi tanár

7623 Pécs, József Attila u. 7.

Telefon: 10-144.

Mozsgai Miklós Elvtársnak!
Általános Iskola Igazgatója

P é c s

Köztársaság tér

Tisztelt Igazgató Elvtárs!

A Pécsi Orvostudományi Egyetem Gyermekklinikájának Vezetősége, dolgozói, ápoló gyermekei és szülei névén köszönetet mondok az áldozatkész segítségért, melyet klinikánknak nyújtottak.

Klinikánk egyes osztályain a beteg gyermekek nagyobb része krónikus, hosszú ideig tartó, esetleg életre szóló betegségben szenved.

Jelentős hányaduk pedig rosszindulatu vérképzőszervi vagy daganatos betegség miatt szorul ápolásra.

Ezeknek a gyermekeknek élete hosszú hónapokig, esetleg évekig, kisebb kihagyásokkal kórházi körülmények között zajlik.

Foglalkozásterápiás munkánkkal játék, tanulási és alkotói lehetőséget próbálunk teremteni a betegeinknek, továbbá pszichológiai és valamelyes pedagógiai vezetést, támogatást.

Gyógyító munkánkban különösen nagy segítséget jelent az Önök rendszeres oktató-nevelő munkája, továbbá az a szeretet, mellyel beteg gyermekeinket körülveszik.

A kórházi oktatás-nevelés iskoláskorú gyermekeink számára egy idői ritmust ad, mely a kórtermi élet monotóniáját képes közömbösíteni.

A pszichológiai gondozás és az oktatás olyan rendszert képeznek, amely visszacsatolódik a gyermek otthoni életéhez, az iskolához, kinti interperszonális kapcsolataihoz. Mindez a betegségtudat elmélyüléseit védi ki s ezzel úgy preventív mint rehabilitációs funkciókat tölt be. A köszönő szavak mellett kellemes ünnepeket, munkájukhoz további sikereket és boldog Újévet kívánok Önnek és a vezetése alatt álló iskola összes dolgozójának.

Pécs, 1981. december 15.

Üdvözlettel

Liebhadt László
Liebhadt László

pszichológus